

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

133

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 janvier 1904, à 1 heure

PAR

Léonce ORTEL

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

DU

BASSIN COXALGIQUE

AU POINT DE VUE

DE L'ACCOUCHEMENT

Président : M. PINARD, *Professeur.*

TILLAUX, *Professeur.*

Juges : MM.

BROCA Aug., *Agrégé.*

WALLICH, *Agrégé.*

Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

4, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE ET 42, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1904

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen
Professeurs.....

M. DEBOVE.
MM.

POIRIER.
CH. RICHEL.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD
BOUCHARD
HUTINEL.
BRISAUD.
LANNELONGUE
CORNIL.
MATHIAS DUVAL
BERGER.
POUCHET.
GILBERT.
N....
BROUARDEL.
DEJERINE
CHANTEMESSE
LANDOUZY
HAYEM
DIEULAFOY
DEBOVE
GRANCHER
JOFFROY
GAUCHER.
RAYMOND
TERRIER
DUPLAY
LE DENTU
TILLAUX.
DE LAPERSONNE
GUYON
PINARI.
BUDIN
POZZI.
KIRMISSON

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie comparée et expérimentale.....

Clinique médicale.....

Maladies des enfants.....
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....
Clinique d'accouchements.....
Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....

Aggrégés en exercice

MM.

ACHARD
AUVRAY
BAZANÇON.
BONNAIRE.
BROCA Auguste.
BROCA Andre.
CHASSEVANT.
CUNEO.
DEMELIN.
DESGRÈZ.
DUPRE.

MM

FAURE.
GILLES DE LA
TOURETTE
GOSSET.
GOUGET.
GUIART.
HARTMANN.
JEANSELME.
LANGLOIS
LAUNOIS

MM.

LEGRY.
LEGUEU
LEPAGE
MAUCLAIRE.
MARION.
MERY.
POTOCKI.
RENON.
REMY.
RICHAUD.

MM

RIEFFEL (chef de
travaux anatomiques)
TEISSIER.
THIERY
THIROLOIX
THOINOT
VAQUEZ
WALLICE
WALTHER
WIDAL
WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1793. Reçu & arrêté que les opinions émises dans ces dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni leur donner ni leur refuser son approbation ni son impulsion

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

je dédie la présente étude en témoignage de ma parfaite vénération et de mon filial attachement. Par leur travail, leur persévérance, leur énergie ; par l'harmonie qui n'a jamais cessé de régner entre eux, ils se sont élevés dans la société entourés du respect de tous. Ils m'ont assuré les biens matériels qui m'ont permis d'entreprendre et de mener à bonne fin des études aussi longues que dispendieuses. De plus, ils m'ont enseigné le respect des autres et celui de moi-même, et pour cela, aussi, je leur dois une profonde reconnaissance.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

Capitaine au 83^e régiment d'infanterie.

A LA PETITE LILI, MA NIÈCE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Dans le cours de nos études nous avons eu la bonne fortune d'être mis en relations avec un certain nombre de maîtres qui ont laissé dans notre esprit un souvenir vivace.

M. le professeur Chauvelon, alors au lycée de Toulouse (rhétorique), aujourd'hui au lycée Saint-Louis, s'est assuré notre reconnaissance par l'intérêt tout particulier qu'il nous a témoigné. Nos maîtres du collège de Pamiers se sont toujours montrés heureux des modestes succès que nous avons pu obtenir, — nous leur adressons tous nos remerciements.

Nous avons eu, à la Faculté de Toulouse, l'avantage d'être l'élève de M. le professeur Mossé, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu. Nous avons suivi pendant une année et demie son savant enseignement. Plus tard, admis dans son laboratoire, nous l'avons aidé de notre mieux dans un certain nombre de recherches qui ont été communiquées à l'Académie de Médecine. C'est dans ces circonstances que nous avons pu apprécier la paternelle et constante sollicitude qu'il avait pour ses élèves. Nous devons ajouter qu'à Paris, nous avons

retrouvé plusieurs de nos condisciples de Toulouse, et nous avons constaté, avec bonheur, que les sentiments de profonde estime que nous avons pour le professeur Mossé, étaient partagés par un grand nombre de ses anciens élèves. M. le professeur agrégé Bézy nous enseigna près du lit de ses petits malades, la manière toute spéciale de soigner les enfants, dans des leçons aussi attrayantes que puissamment scientifiques.

Lors de notre arrivée à Paris, nous ne pouvons oublier l'accueil cordialement sympathique qui nous a été fait par MM. les professeurs Dieulafoy et Pozzi, camarades d'études de notre oncle, le docteur Paul Ortel. M. le professeur Dieulafoy nous a fait le grand honneur de nous prendre dans son service pendant notre troisième année d'externat. Nous avons pu ainsi grandement profiter des cours qu'il professe à l'amphithéâtre et de son enseignement pratique dans ses salles de l'Hôtel-Dieu.

MM. de Beurmann et Potherat, chirurgiens des hôpitaux, ont été pour nous des maîtres aimables et pleins de sollicitude ; nous avons passé chez le premier (service de dermatologie et de syphiligraphie, hôpital Broca), la première moitié de notre première année d'externat ; chez le second (service de Chirurgie générale, maison municipale de santé Dubois), nous avons fait un séjour d'une année entière, deuxième année d'externat. M. le professeur agrégé Jalaguier, nous a montré la chirurgie des enfants (Hospice des Enfants Assistés), pendant la deuxième moitié de notre première année d'externat.

Nous avons suivi, dans le courant de l'année 1903, le service d'accouchements de la Pitié, dirigé par M. le

professeur agrégé Lepage, qui a bien voulu nous accepter pour remplir les fonctions d'externe. Nous avons pu, dans ces conditions, bénéficier de l'enseignement qu'il donne tous les jours à ses élèves, et voir maintes fois, par les exemples qu'il nous donnait, combien était souvent épineuse la pratique des accouchements. Il nous a suggéré l'idée d'étudier le bassin coxalgique, et nous a donné des preuves de l'intérêt qu'il portait à notre travail. Pour toutes ces raisons nous lui devons une grande reconnaissance.

Enfin, M. le professeur Pinard, professeur de clinique obstétricale, nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Il a mis généreusement à notre disposition les documents extrêmement nombreux qu'il possède à la clinique Baudelocque, sur la pratique obstétricale. Grâce aux observations que nous avons ainsi recueillies, nous avons établi une statistique qui pourra avoir quelque utilité pour ceux qui s'intéresseront à la question. Nous sommes heureux d'adresser ici à M. le professeur Pinard, nos remerciements et l'hommage de notre très respectueuse gratitude.

Que nos autres maîtres des Facultés de Toulouse et de Paris reçoivent le témoignage de notre profond respect.

DÉFINITION ET AVANT-PROPOS

Le bassin coxalgique est un bassin à viciation complexe. Le plus souvent atteint avant d'avoir acquis son complet développement, il est troublé dans sa nutrition par la tuberculose et modifié dans sa forme par les pressions et contre-pressions inégalement réparties sur les deux moitiés du bassin. Il devient ainsi asymétrique par le fait du redressement de l'une des lignes innommées. Ce redressement siège parfois du côté malade, plus souvent il porte sur le côté sain. Cette déformation se produit au moment où le malade fait usage de ses membres inférieurs pour se mouvoir, que la coxalgie soit guérie ou qu'elle soit encore en voie de guérison.

D'autres avant nous se sont occupés de l'influence des traitements appliqués à la coxalgie dans leurs rapports avec les viciations pelviennes (1). Ils sont arrivés à cette conclusion, que l'immobilisation prolongée dans

(1) Tracou. De l'influence de la coxalgie sur la conformation du bassin, *Thèse de Lille*, 1889.

un appareil inamovible dans certains cas, l'extension continue dans d'autres, la résection, ajouterons-nous, dans certains cas spéciaux de tuberculose de la hanche compliquée d'infections secondaires, sont les moyens de traitement qui donnent les meilleurs résultats au point de vue des accouchements futurs. Nous n'insisterons pas sur ce point. Quant à la claudication, et aux déformations pelviennes qui en résultent, elles ont été bien étudiées par M. Prouvost (1).

Dans une première partie, nous envisagerons l'anatomie du bassin coxalgique. Nous exposerons brièvement sa pathogénie et nous montrerons les principales altérations osseuses que le bassin peut présenter.

Dans une deuxième partie, — partie clinique — nous verrons comment se comportent la grossesse et l'accouchement dans les bassins coxalgiques. Cette étude sera faite d'après les observations que nous avons recueillies dans les registres de la clinique d'accouchements Baudelocque, dirigée par notre président de thèse, M. le professeur Pinard. Pour les obtenir, nous avons passé en revue les dossiers de 26.950 femmes qui sont venues accoucher dans cet établissement pendant les treize dernières années (1890-1903). Nous rapporterons aussi une observation intéressante d'opération de Porro, recueillie dans le service de notre maître, M. Lepage, sous la direction duquel nous avons rempli nos fonctions d'externe à la Maternité de la Pitié.

(1) Prouvost, Etude sur les bassins viciés par boiterie. *Thèse de Paris*, 1891.

Une troisième partie est réservée au pronostic de l'accouchement chez les coxalgiques. Elle renferme les conclusions, qui sont une sorte de résumé de tout le mémoire.

PARTIE ANATOMIQUE

CHAPITRE PREMIER

La coxalgie vraie, celle qui est à la base de tout ce travail, est l'ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation de la hanche. On sait, de par les nombreux travaux dont elle a fait l'objet (1), que la coxalgie est une maladie extrêmement fréquente dans l'enfance. Nous avons pu nous convaincre personnellement de ce fait lorsque nous étions attaché au service de chirurgie de l'Hospice des Enfants assistés. On la retrouve dans les deux sexes, mais elle se manifeste un peu plus fréquemment chez les petites filles (2).

Le début de l'affection est variable : les fièvres éruptives, surtout la scarlatine et la rougeole, — les traumatismes, tels que chute ou coups portés sur la région de la hanche, — les fractures du fémur, surtout lorsqu'elles

(1) Voir les deux dictionnaires des sciences médicales : Valette-Mathieu et Straus.

(2) G. Bouilly. In Manuel de Pathologie externe, t. IV, page 840.

siègent à l'extrémité supérieure de l'os. — sont autant de commémoratifs signalés par les malades. Mais il est plus vraisemblable d'admettre, que ce ne sont là que des circonstances qui ont favorisé la localisation de l'infection chez le sujet déjà porteur d'un foyer tuberculeux en un lieu quelconque de l'économie.

La coxalgie, nous l'avons vu, peut apparaître chez l'enfant entre deux et dix ou douze ans, avant la puberté en un mot, c'est la règle ; — elle peut aussi se manifester plus tard, dans l'adolescence (1) ; — elle se rencontre enfin, plus rarement, sur les confins de l'âge adulte (2). Il va de soi que les conséquences de la maladie au point de vue obstétrical, seront bien différentes dans ces cas différents, et la coxalgie aura d'autant plus de chances d'être plus fâcheuse qu'elle aura débuté chez une enfant plus jeune. Ceci ne constitue pas, toutefois, une règle absolue, il y a de nombreuses exceptions, nous le verrons quand nous traiterons du pronostic de l'accouchement chez les coxalgiques.

Après bien des controverses, la majorité des auteurs admettent aujourd'hui que la tuberculose de la hanche, peut débiter primitivement soit sur la tête fémorale immédiatement au-dessous du cartilage d'encroûtement (Lannelongue) (3) ; soit sur l'os coxal lui-même (4). On

(1) C'est le cas de plusieurs de nos observations.

(2) G. Bouilly. *Loco citato*.

Taurin. Coxalgie gauche à l'âge de 29 ans. Rétrécissement du petit bassin. Accouchement difficile. In Guéniot : des luxations coxo-fémorales. *Thèse d'agrégation*, 1869, pages 130-133.

(3) Lannelongue. Leçons sur la coxo-tuberculose. Paris 1886, page 29.

(4) Haberer. Absès du bassin dans la coxalgie ; in *Centralblatt*

considère la localisation primitive sur la synoviale (1), ou début intra-articulaire, comme une rareté qu'on ne rencontre jamais isolément et qui constitue toujours une des manifestations de la granulie. Mais si le début est extra-articulaire, l'articulation finit par être lésée le plus généralement, et des troubles trophiques se montrent sur les deux portions constituantes de l'article.

Les troubles trophiques se manifestent souvent d'une manière précoce (2), non seulement à la région de la hanche, mais dans tous les muscles du membre. — Du côté du bassin on constate le peu de développement des saillies normales de l'os coxal (épine pubienne (3), et aspérités d'insertion musculaire), en rapport avec l'atrophie et l'inertie fonctionnelle des muscles (4). Enfin, on peut

für chirurgie, 1881, n° 13 et 14. Cet auteur indique que sur 132 cas où le point de départ a pu être déterminé lors de la résection de la hanche, on a trouvé la cavité cotyloïde atteinte cinquante fois la première.

Barwell et Lannelongue. (In coxo tuberculose) citent le cas d'une perforation de l'acétabulum, tandis que la tête fémorale était encore intacte.

(1) Guéniot. Sur les lésions de la coxalgie tuberculeuse à son début. *Bull. Soc. chirurgie*, Paris 1861, 2^e série X, page 369.

(2) Tel le malade de M. Adenot, qui avait été atteint d'une coxalgie droite à l'âge de 3 ans. La jointure avait été si peu touchée, qu'elle était restée mobile sans raccourcissement de la jambe, et pourtant le bassin présentait une asymétrie frappante et une atrophie considérable de l'os iliaque droit. Adenot, *Lyon médical*, juin 1889.

(3) « La branche horizontale du pubis est dépourvue même de son épine naturelle. » Hubert : mécanisme du développement du bassin. Bruxelles 1856, pages 53 à 60. (Observation de la femme Wilke. In *Thèse de Tracou*, pages 52 et 53, Lille 1889.)

(4) Chalochet. Anatomie du bassin coxalgique chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1901.

trouver une friabilité par dégénérescence graisseuse du fémur à une certaine distance du foyer morbide articulaire (Poulet). Ce dernier auteur a examiné les filets nerveux qui siègent dans la région de la hanche ; il les a trouvés atteints d'une névrite scléreuse, et il attribue à cette cause, bien plus qu'à l'immobilité prolongée à laquelle on soumet les coxalgiques, les troubles trophiques en question.

Mais l'atrophie n'est pas le seul mode d'action de la tuberculose osseuse, une part importante revient à la nécrose. C'est le cas d'un certain nombre de perforations pelviennes siégeant soit au niveau de l'acétabulum, soit sur toute autre portion des os iliaques, ainsi que le montre une observation rapportée par Chalochet (1). Par la nécrose les éléments osseux sont frappés de mort ; ils sont plus qu'atrophiés, ils sont détruits, et ils contribuent dans la suite à alimenter ces suppurations interminables, que l'on constate parfois chez les coxalgiques. L'atrophie, d'une part, la nécrose, d'autre part, sont les deux modes d'action de la tuberculose, ils agissent sur le bassin, en troublant sa nutrition.

Mais à côté des troubles trophiques ci-dessus indiqués, troubles exerçant leur influence (atrophie), à une grande distance du foyer tuberculeux, s'ajoute un autre processus pathologique. Ce nouveau processus, qui est tantôt le résultat, soit de la tuberculose, soit d'une inflammation secondaire ; tantôt une sorte de réaction,

(1) Chalochet. *Thèse*, Obs. I de la page 18 à la page 24. Voir les figures qui ont trait à cette observation.

un mode de défense de l'os contre la maladie qui l'envahit ; tantôt enfin, et peut-être le plus souvent la combinaison de ces deux éléments, — ce processus nouveau qui s'ajoute aux lésions déjà citées de la tuberculose, c'est l'ostéite.

Elle se présente, comme l'on sait, sous deux formes opposées : elle est raréfiante ou productive. Lorsqu'elle est raréfiante, soit qu'elle siège avec prédominance sur la tête du fémur, soit au contraire, qu'elle se localise plutôt sur l'acétabulum, la destruction rapide des portions osseuses intéressées en est la conséquence.

Lorsque par contre, l'ostéite est productive, on assiste à un épaissement pathologique tantôt du fond et du rebord du cotyle, tantôt à une augmentation de volume de l'extrémité supérieure du fémur. D'après l'examen des pièces sèches, il semble que les lésions hypertrophiques soient la règle sur les portions des os constituant l'articulation. On trouve cette hypertrophie portée à son maximum dans les cas de coxalgies fistuleuses ayant communiqué avec l'extérieur et suppuré pendant longtemps ; il s'agit alors de véritables masses ostéophytiques (1), le bassin est rugueux et présente des aspérités, l'ankylose est constante (2). Enfin, « c'est aussi dans les cas graves de cette sorte que le cartilage en Y est détruit, et que la soudure des trois pièces de l'os iliaque est prématurée. »

(1) Hecker. Ueber ein durch rechtseitige chronische coxitis im hohem grade verengtes Becken. *Archiv. für gynækologie*, XXIII, 1882, pages 44-49. Tracou, *Thèse de Lille*, Observ. I.

(2) Chalochet. Page 9, fig. 1. Voir l'observation n° II, page 32 à 39. In *Thèse de Paris*, 1901.

« Dans les cas, au contraire, où la région du cotyle n'a pas été le siège d'un travail inflammatoire intense, le cartilage en Y est généralement conservé. » Et l'auteur attire spécialement l'attention sur ce fait : « Cette opinion, dit-il, va à l'encontre de l'opinion classique, qui veut qu'un des premiers effets de la tuberculose cotyloïdienne, soit d'entraîner l'ossification prématurée et la disparition du cartilage en Y ». (Chalochet) (1).

Le cartilage en Y est donc conservé dans les cas de coxalgie pure. Sa présence se manifeste par une suractivité fonctionnelle que l'on peut constater dans l'hypertrophie de chacune des parties voisines du cotyle, où elle se montre de façon d'autant plus frappante, que les parties distantes, sont au contraire atrophiées.

De tout ce qui précède, il est aisé de comprendre que la coxalgie doit avoir sur la conformation du bassin un rôle déformateur considérable. Nous avons cherché à mettre en lumière quelques-uns des mécanismes qu'elle met en œuvre pour accomplir ces déformations, nous ne poursuivrons pas plus longtemps cette pathogénie du bassin coxalgique.

(1) L'auteur démontre ensuite son affirmation au moyen des pièces anatomiques qui forment la base de sa thèse. Il termine ainsi : « En résumé, sur 15 cas, dans 3 seulement la soudure des trois parties constituant de l'os iliaque était complète ou avancée et il s'agissait de coxalgies qui étaient le siège d'une ostéite infectieuse secondaire intense ; dans les autres cas (où la coxalgie seule était en cause), le cartilage n'était pas plus ossifié d'un côté (côté coxalgique) que de l'autre (côté sain). » Page 11.

CHAPITRE II

§ I. — Anatomie du bassin coxalgique chez l'enfant (1).

« De l'examen de nos quinze bassins d'enfants coxalgiques, il semble résulter que chez l'enfant, la coxalgie modifie le bassin de la façon suivante :

I. — MODIFICATIONS DE CHAQUE PARTIE DU BASSIN

1° *Os iliaque malade.*

A) La région cotyloïdienne présente les lésions classiques de la coxalgie,

B.) Le cartilage en Y, irrité, est le siège d'une suractivité fonctionnelle ; mais son ossification n'est pas plus avancée que du côté sain, sauf les cas d'ostéite secon-

(1) M. le docteur Chalochet a fait, de cette étude, le sujet de sa thèse inaugurale. *Thèse* de Paris 1901. Cette thèse contient la description de 15 bassins d'enfants coxalgiques, faisant partie de la collection anatomique que possède M. le docteur Ménard à l'hôpital maritime de Bercy. Nous rapportons ici les conclusions auxquelles il est arrivé, en les accompagnant, en note, des explications supplémentaires que nous avons cru utile d'y ajouter.

daire infectieuse intense où l'on observe la soudure prématurée des trois pièces de l'os iliaque.

C.) L'os iliaque est atrophié à distance du foyer coxalgique, hypertrophié dans son voisinage (1).

a) A distance du cotyle, l'os iliaque est atrophié dans toutes ses dimensions.

b) Au voisinage du cartilage en Y les trois pièces de l'os iliaque sont agrandies. La ligne innommée malade est souvent allongée (2); cette augmentation de longueur porte le plus souvent sur sa partie iliaque. Dans aucun cas, elle ne s'est trouvée plus courte.

c) L'os iliaque peut être hypertrophié dans toutes ses dimensions quand il est soumis à une infection secondaire intense (3).

D.) L'os iliaque est modifié dans sa forme et dans sa direction.

(1) C'est aussi l'opinion de Tracou, qui s'exprime ainsi : « Du côté de la coxalgie, les os présentent des traces nombreuses autour de la cavité cotyloïde de l'ostéite qui les a atteints et qui a épaissi leur tissu. Mais en s'éloignant au contraire de ce point, et s'élevant vers la crête, on constate une atrophie progressive. » Tracou, *Thèse* de Lille, 1889, page 48.

(2) Par exemple, sur le bassin n° 5, où l'ilium est atrophié dans les parties distantes du cotyle, la ligne innommée (portion iliaque), mesure 47 millimètres du côté sain et 57 du côté malade (1 centimètre de plus). *Observ. V*, page 47.

La ligne innommée présente un pouce de plus de longueur du côté malade que du côté sain. *Observ. de la femme Wilke*. Hubert (de Louvain), in *Mécanisme du développement du bassin*. Bruxelles 1856, pages 53 à 60.

(3) Il existe un cas où l'os iliaque du côté malade présente, en étendue et en épaisseur, une hypertrophie considérable, conséquence de l'ostéite intense dont il porte les marques; la fistulisation de

a) L'aile iliaque est relevée, redressée et aplatie (1).

b) L'ischion subit une double déviation par :

1° Un mouvement de bascule autour d'un axe horizontal, mouvement qui porte sa tubérosité en arrière et en dedans (2) :

2° Un mouvement de rotation autour d'un axe vertical, mouvement par lequel sa branche antérieure se porte en dedans, sa branche postérieure en dehors.

cette coxalgie a du ouvrir la porte à une ostéomyélite secondaire très active de l'os iliaque et du fémur : ce dernier os est en outre ankylosé et plus long que du côté sain. (Obs. II, page 32 de la thèse de Chalochet.)

(1) Dans certains cas cette crête est devenue complètement rectiligne « Elle est, en outre, de 10 à 11 lignes plus courte que la ligne sinueuse comprise entre les mêmes points (épine iliaque antéro-supérieure à insertion du lig. ilio-vertébral) de l'autre crête iliaque. » Obs. de Hubert citée plus haut.

(2) D'où il résulte :

a) Rétrécissement du détroit inférieur (diamètre transverse ou bi-ischiatique) dans tous les cas.

b) Rétrécissement de l'échancrure sciatique :

Du côté sain : 10 fois.

— malade : 3 —

Non indiqué : 2 —

c) Report du centre du détroit inférieur :

Du côté sain : 11 fois (dû à la direction de la pointe du sacrum).

— malade : 2 —

Non indiqué : 2 —

d) Epines sciatiques saillantes dans le bassin :

Du côté sain : 3 fois.

— malade : 3 —

Des deux côtés : 4 —

Non saillants : 5 —

Nous avons dressé ces tableaux d'après les 15 bassins cités dans le travail de Chalochet.

La branche ischio-pubienne est rectiligne et grêle 1).

2° *Os iliaque sain.*

La région cotyloïdienne, siège de contre pressions exagérées, est enfoncée et forme voussure dans le pelvis.

La ligne innominée est toujours aplatie, au moins à sa partie moyenne (2).

L'ischion est repoussé en dedans et en arrière, par sa partie cotyloïdienne, attiré en avant et en dehors par sa tubérosité et sa branche antérieure ; la branche ischio-pubienne est convexe en avant et en dehors.

3° *Sacrum.*

Le sacrum est peu modifié dans son développement ; il présente une inflexion latérale qui porte constamment sa pointe vers le côté sain.

Assez souvent aussi, son extrémité inférieure est repoussée en avant (3).

(1) Dans les observations de bassins d'adultes, on trouve que la portion horizontale du pubis est abaissée du côté coxalgique, lorsque l'aplatissement porte sur la ligne innominée saine. Cette dernière est, au contraire, relevée par la pression femorale exercée de bas en haut. Cette remarque ressort de l'étude des observations de bassins coxalgiques adultes contenues dans la thèse de Tracou.

(2) Le manque d'histoire clinique dans la majorité des cas, ne permet pas d'expliquer ce fait : on ne sait pas quel a pu être le rôle de la locomotion.

(3) Raoux a examiné les dessins contenus dans la thèse de Chalochet et fait, à propos du sacrum, les remarques suivantes :

« Le bassin n° 1 offre le type oblique ovalaire avec aplatissement du côté malade. Il est reproduit page 20, fig. 3, vu de face, et

4^o Articulations.

Nous avons toujours trouvé les articulations sacro-iliaques intactes, sans synostose.

La symphyse pubienne est déviée (1).

II. — DÉFORMATIONS D'ENSEMBLE DU BASSIN

Nous avons observé les trois types suivants :

page 22, fig. 4, vu d'en haut. C'est une coxalgie gauche ; l'aileron droit me paraît plus petit.

« Les autres bassins sont sur le même type, mais avec aplatissement du côté sain.

« Bassin n° 2, reproduit page 34, fig. 10, vu de face et page 36, fig. 11, vu d'en haut. C'est une coxalgie gauche ; l'aileron droit me paraît plus petit ; c'est aussi l'avis de Chalochet (page 35).

« Bassin n° 3, représenté de face, page 42, fig. 16. C'est une coxalgie droite ; l'aileron droit me semble moins haut et moins large.

« Bassin n° 5, reproduit page 48, fig. 21, vu de face, et page 49, fig. 22, vu d'en haut. C'est une coxalgie gauche ; l'aileron droit me paraît moins haut et moins étendu dans le sens antéro-postérieur.

« Bassin n° 14, reproduit page 68, fig. 36, vu d'en haut, et fig. 37, vu d'en bas. Coxalgie gauche ; l'aileron droit me semble moins développé.

« Voilà donc cinq bassins, dont quatre atteints de coxalgie gauche et un de coxalgie droite, chez lesquels il y a de l'asymétrie et qui me paraissent tous présenter une lésion plus ou moins nette de l'aileron sacré droit.

« Je n'ai rien remarqué sur les autres bassins reproduits dans ce travail et je tiens d'ailleurs à dire que je n'affirme rien ; il faudrait, pour en avoir le droit, que j'aie pu étudier les bassins eux mêmes. »
Raoux. *Thèse de Paris*, 1901.

(1) Symphyse pubienne déviée . 13 fois sur 15.

Du côté sain : 4 fois.

— malade : 9 —

1° *Type oblique ovulaire avec aplatissement
du côté coxalgique (1).*

a) Grand bassin asymétrique ; aile iliaque malade relevée, redressée et aplatie, tendant à devenir sagittale.

b) Déroit supérieur oblique ovulaire, aplati du côté malade.

c) Excavation oblique ovulaire, aplatie du côté coxalgique. Diamètre bi-sciatique rétréci.

d) Déroit inférieur oblique ovulaire, aplati du côté malade.

e) En résumé, tout le bassin est aplati du côté malade.

2° *Type oblique ovulaire avec aplatissement
du côté sain (2).*

a) Grand bassin asymétrique ; aile iliaque malade relevée, redressée et aplatie ; aile iliaque saine tendant à devenir sagittale.

b) Déroit supérieur oblique ovulaire, aplati du côté sain.

c) Excavation aplatie dans sa partie inférieure par le déjettement en dedans de l'ischion malade ; souvent ré-

(1) Un cas. Coxalgie gauche suppurée. Désarticulation de la hanche. Atrophie de tout l'os iliaque, sauf au niveau de la ligne innommée (allongement de la branche ilio-pubienne). Obs. I, pages 18 à 24.

(2) 12 cas. Obs. II à XIII se divisant en :

Coxalgies droites : 5.

Coxalgies gauches : 7.

Le côté où siège la lésion semble donc indifférent.

trécie en entonnoir; épines sciatiques saillantes : axe oblique en bas, en avant et du côté sain.

d) Déroit inférieur, oblique, ovalaire, aplati du côté malade, en sens inverse de l'aplatissement du déroit supérieur; rétréci transversalement et souvent d'avant en arrière; son centre est transporté vers le côté sain (1).

e) En résumé, la partie supérieure du bassin est aplatie du côté sain, la partie inférieure est aplatie du côté malade.

3° *Type triangulaire, avec aplatissement des deux côtés* (2).

Bassin presque symétrique, rétréci transversalement, allongé d'avant en arrière.

a) Déroit supérieur triangulaire à angle arrondi, à grand diamètre antéro-postérieur.

Lignes innominées très peu concaves, aplaties dans

(1) Voir page 21, note (2).

(2) Deux cas. La forme générale du bassin se rapproche beaucoup de celle du bassin de Robert. Obs. XIV et XV; il s'agit de deux coxalgies unilatérales gauches.

Cette disposition se retrouve quelquefois avec une symétrie plus ou moins complète dans certains cas de coxalgie double chez les adultes. (Obs. XXIII et LIX) de Prouvost. *loco citato*. (Obs. XXVI) de Tracou, *loco citato*. Mais d'autre part, dans les observations auxquelles nous faisons allusion, le diamètre bi-ischiatique se trouve considérablement agrandi: 14 (Obs. XXIII, coxalgie double, luxation double) 16 centimètres (Obs. LIX, coxalgie double, luxation à droite). Les luxations qui accompagnent ces coxalgies ne sont peut-être pas étrangères à l'augmentation du diamètre bi-ischiatique.

leur portion moyenne avec légère voussure ; le côté sain est le plus aplati.

b) Excavation rétrécie transversalement en haut, dans tous les sens en bas ; épines sciatiques saillantes.

c) Détroit inférieur peu irrégulier ; rétréci surtout d'avant en arrière, si on le compare au détroit supérieur.

Son centre est légèrement transporté du côté sain, par la déviation dans ce sens des tubérosités ischiatiques et de la pointe sacrée. »

§ II. — Bassin coxalgique de l'adulte.

Il est classique de diviser l'évolution de la coxalgie en trois périodes qui sont en effet différenciées au point de vue clinique par les signes physiques et les symptômes fonctionnels ; les bases de la différenciation sont surtout constituées par la production des abcès ossifluents et l'attitude du membre inférieur. Mais dans l'étude du bassin osseux coxalgique au point de vue obstétrical, nous arrivons forcément à envisager des bassins dont la maladie s'est terminée, soit sans ankylose, soit avec ankylose, plus ou moins complète (soit fibreuse, soit osseuse). En effet, les abcès, les fistules le plus souvent, ont détergé le foyer tuberculeux, la locomotion, soit avec des appareils de prothèse, béquilles, canne, talon surélevé ; soit sans aucun appareil, la locomotion, disons-nous, a produit ses effets plastiques et

ses déformations. Enfin, la tête fémorale, où ce qui en reste, est encore en contact avec le cotyle, ou bien elle est en dehors de la cavité cotyloïde ; il y a où il n'y a pas de luxation.

Nous ne ferons pas dans ce mémoire l'étude des lésions présentées par le fémur dans la coxalgie. Cette étude ressort bien plus de la chirurgie et n'offre pas, au point de vue qui nous occupe, d'intérêt spécial. Dans la partie clinique, nous dirons un mot de l'attitude des membres inférieurs chez les coxalgiques.

Les troubles trophiques sont les mêmes chez l'adulte que chez l'enfant. Nous ne reviendrons pas sur le détail des diverses portions osseuses. Seules les altérations du sacrum sont parfois accentuées.

Sacrum. — Dans une étude fort documentée sur le sacrum dans les bassins asymétriques, Raoux (1) ne dit que fort peu de chose sur le sacrum dans les bassins coxalgiques. Nous avons recherché l'état du sacrum dans les observations de bassins coxalgiques osseux que nous avons pu consulter. Dans 6 cas (2) nous avons trouvé l'état du sacrum signalé : 3 fois il était atrophié dans sa partie contiguë à la coxalgie : 2 fois du côté opposé à la lésion de la hanche ; 1 fois il n'était pas atrophié sur aucune de ses parties. Il est bien entendu que dans aucun de ces cas il n'y avait coexistence de sacro-coxalgie.

(1) Raoux. Du sacrum dans les bassins asymétriques, *Thèse de doctorat*, Paris, 1901.

(2) Tracou. *Thèse de Lille*. (Obs. II, IV, XIII ; VII, VIII ; III).

Ischion. — Nous avons aussi recherché quelle était la situation de la tubérosité ischiatique (1).

Elle était rapprochée de l'intérieur du petit bassin : 8 fois ; elle était portée vers l'extérieur dans 3 cas ; elle n'était pas mentionnée dans 6 cas.

Nous terminerons cette courte étude du bassin coxalgique osseux à peu près par les mêmes conclusions auxquelles est arrivé M. Démelin dans l'article qu'il a fait sur le bassin coxalgique dans la *Gazette des Hôpitaux*. 1890, page 1030.

Le bassin coxo-tuberculeux se présente avec les caractères suivants :

1° Atrophie du côté atteint par le processus coxalgique ;

2° Variabilité dans le siège de l'aplatissement, qui porte tantôt sur la moitié saine et tantôt sur la moitié malade.

3° Variabilité dans la situation occupée par les tubérosités ischiatiques ;

4° Influence presque insignifiante de la luxation coxo-fémorale (2).

5° Proliférations ostéophytiques qui parfois prennent un développement considérable.

(1) Tracon. *Loco citato*.

(2) Il y a pourtant quelques réserves à faire, au moins dans certains cas de coxalgie double. Voir page 25, note 2.

PARTIE CLINIQUE

CHAPITRE III

Dans les pages qui précèdent, nous avons envisagé le bassin coxalgique à l'état osseux, et nous avons vu qu'il se présentait avec des aspects bien différents.

Il convient maintenant d'envisager ce même bassin coxalgique sur le vivant ; nous verrons ensuite comment il se comporte dans les deux grandes périodes obstétricales : la grossesse et l'accouchement.

Comment se présente la femme coxalgique ? Mise à part, la période de début, marquée par des signes vagues et dont l'étude n'entre pas dans notre sujet, la coxalgie se manifeste par deux ordres de phénomènes bien définis : les signes physiques d'une part, et les symptômes fonctionnels de l'autre.

A. — Les signes physiques comprennent tous les phénomènes pathologiques qui se passent dans l'articulation malade. Nous avons vu déjà quelle en était la conséquence sur le bassin osseux. Nous les décrirons ici le plus brièvement possible, puisqu'il est indispensable de les connaître pour faire le diagnostic de la maladie.

B. — Les symptômes fonctionnels sont la conséquence

de l'affection articulaire, ils comprennent la claudication et les changements d'attitude des membres inférieurs. Nous ne parlerons pas de la claudication, son étude a été faite dans la thèse de Prouvost; les changements d'attitude nous occuperont plus longuement.

Nous avons vu plus haut (page 14) que la coxalgie pouvait débiter à différents âges, une de nos observations (obs. XVI) montre qu'elle peut se révéler au moment de la grossesse nous exposerons donc très brièvement les trois périodes cliniques de la maladie.

La première période de la coxalgie se caractérise par les symptômes suivants : contractures musculaires, difficulté de la marche, douleur provoquée par l'examen, douleur spontanée à distance (1), empatement ganglionnaire ou lésions osseuses reconnues par le toucher rectal : enfin la flexion du membre malade, son abduction et sa rotation en dehors. Il est probable que déjà à cette période commence l'atrophie osseuse (2), mais on ne

(1) En particulier, la douleur du genou (gonalgie), décrite comme l'un des signes prémonitoires de l'arthrite tuberculeuse de la hanche. On sait d'ailleurs que la pathogénie de ce symptôme est très discutée et attribuée à des causes fort diverses.

(2) Adenot. In *Lyon Médical*, 1889, t. LXI, pages 308-309. Le cas n'est pas absolument applicable, puisque la coxalgie dont il est question était plus avancée. Mais le malade qui fait l'objet de cette observation a guéri de son affection articulaire sans raccourcissement du membre bien apparent (0,005), avec l'usage complet de son articulation et de son membre inférieur, enfin, sans atrophie musculaire. Il y a lieu de conclure que la coxalgie était des plus bénignes, il n'y avait pas de symptômes fonctionnels. A l'autopsie, faite longtemps après (à 20 ans, la maladie ayant débuté à 3 ans et guéri dans l'intervalle, l'observation ne le dit pas), on trouva : « l'os iliaque droit (coxalgie droite) considérablement atrophié (un

peut faire sur ce point que des hypothèses, on ne trouve pas d'observation avec autopsie de bassin coxalgique à cette période.

La deuxième période de la coxalgie correspond à l'invasion de la tête fémorale ou du cotyle par le processus tuberculeux dans la direction de l'articulation, envahissement de cette articulation et production de fongosités. A ces lésions s'ajoutent : l'usure de la tête fémorale ou l'évidement de la cavité cotyloïde ainsi que l'apparition des abcès froids et des collections purulentes. Les symptômes fonctionnels sont constitués par la position que prend le membre, conséquence de la contracture musculaire. Il se trouve fléchi, en abduction et rotation en dehors ; la coxalgie peut guérir à cette période et la position du membre devenir définitive. Enfin, c'est la période où l'on observe l'allongement apparent du membre malade.

La troisième période est le plus souvent le terme d'évolution de la coxalgie. Cela était surtout vrai autrefois, avant les méthodes d'immobilisation et d'extension. Les abcès froids peuvent se montrer dès la seconde période mais c'est surtout dans la troisième qu'ils sont fréquents. Ils sont le résultat de la fonte tuberculeuse des portions osseuses intéressées et marquent la destruction soit de la cavité cotyloïde (forme cotyloïdienne), soit de

centimètre de moins de longueur que du côté sain) en rapport avec l'arthrite qui a détruit la cavité cotyloïde et la tête fémorale comme l'eût fait une résection. Du côté gauche (sain), aplatissement marqué par suite du refoulement de l'acétabulum par la pression fémorale et par suite des tractions musculaires. En un mot, il y avait des lésions considérables avec des symptômes fonctionnels minimes.

la tête du fémur (forme fémorale), soit, à la fois, de l'une et de l'autre. La conséquence est une modification dans les rapports des deux parties constituant de l'article (sous l'action des tractions musculaires ou de la locomotion), et se traduit à l'extérieur par le changement de position du membre malade.

Il était en allongement apparent, en abduction et rotation en dehors, la flexion étant légère; tout d'un coup la flexion s'accroît, et le membre se place en adduction (1), et rotation en dedans. Nous n'avons pas à discuter ici, si ce changement d'attitude est constant, ou bien s'il ne s'observe pas toujours, il nous suffit qu'il existe dans la majorité des cas et surtout quand la coxalgie a débuté dans le jeune âge. Ce changement de position du membre malade peut être fort accusé et créer un obstacle puissant à l'accouchement, comme dans le cas auquel nous faisons allusion en note ci-dessus. Il s'agit le plus souvent de coxalgies non traitées ou mal traitées. Ces cas deviendront rares avec les procédés de traitements modernes de la coxalgie.

Le raccourcissement du membre est la conséquence de tous les phénomènes indiqués et de plus nous savons que par suite de la contracture musculaire, la tête fémorale est fixée sur le bord cotyloïdien qu'elle use en haut et en arrière. Il se fait une nouvelle cavité cotyloïde, tant que la tête repose à moitié sur l'ancienne et la nouvelle cavité, on dit qu'il y a chevauchement. Plus tard,

(1) Cette adduction peut être extrême et le membre malade ankylosé croiser en avant le membre sain. Guéniot, *Th. agr.*, 1869, p. 92.

quand la tête est complètement logée dans la nouvelle cavité, on dit qu'il y a luxation. Cette ascension de la tête fémorale suffirait à expliquer le raccourcissement, il faut encore y ajouter l'usure de la tête du fémur et l'arrêt général de développement de tout le membre du côté malade.

Quant aux luxations, elles peuvent se faire dans tous les sens, mais au point de vue obstétrical, il n'en est guère que deux que l'on doit bien connaître, ce sont : la luxation en haut et en arrière, c'est de toutes et de beaucoup la plus fréquente. Nous la trouverons signalée plusieurs fois dans les observations qui son rapportées dans ce travail. L'autre forme de luxation est la luxation interne par perforation de la cavité cotyloïde. Le bassin est alors vicié par obstruction pelvienne (1) et il comporte un pronostic sévère. Nous n'insisterons pas sur ces déplacements du fémur.

Quelques mots seulement sur la luxation en haut et en arrière. Nous l'avons constatée sept fois : dans cinq cas (observations V, VII, XII, XV, XVII) il y a eu terminaison spontanée de l'accouchement et la grossesse était à terme : dans les deux autres cas, on a eu recours à une opération obstétricale (obs. LIII : basiotripsie ; LVIII opération césarienne conservatrice) (2). On voit par ce qui

(1) Otto, Coxalgie double. Perforation de la cavité cotyloïde. Pénétration et luxation de la tête fémorale dans le bassin (luxation interne). (Gurlt, *Misstellungen des Beckens*, page 26.) Reproduite aussi In *Thèse* de Tracou, page 72.

(2) La femme de l'Obs. LIII a subi en outre une opération de Porro lors d'un deuxième accouchement. La femme de l'Obs. LVIII présentait à la fois une coxalgie et une sacro-coxalgie gauches.

précède qu'elle n'aggrave pas par elle même le pronostic.

La guérison de la coxalgie peut se faire sans qu'il y ait déplacement, ou bien quand il n'y a encore que chevauchement, ou bien quand la luxation est faite. Il y a deux modes de guérison : 1° sans ankylose (obs. XXI, XXVII, XXXIII, XXXIX) le cas n'est pas absolument rare, comme on le voit, mais il est loin d'être fréquent ; 2° par ankylose plus ou moins complète. Cette ankylose est de deux sortes. Elle est fibreuse ou osseuse. La première ne nous paraît pas être une guérison définitive ; quoique cette terminaison soit encore rare, tous les auteurs citent des récides, ainsi qu'il ressort de la discussion de 1881 à la société de chirurgie. Depuis, M. Lannelongue en a observé plusieurs cas. L'ankylose osseuse, au contraire, donne lieu à une guérison définitive. M. Ollier la considère même comme préférable à la résection et constate qu'avec elle « le résultat est moins beau au point de vue esthétique, le fonctionnement moins parfait, mais qu'en somme elle permet de retirer plus d'usage du membre malade. »

Les coxalgiques se présentent donc, dans la plupart des cas, avec une ankylose de la hanche ; le membre inférieur fixé soit en abduction et rotation en dehors, soit en adduction et rotation en dedans.

Existe-t-il une relation entre l'attitude du membre et l'aplatissement pelvien ? D'une part, M. Démelin (1) et M. Bonnaire (2) admettent les rapports suivants :

(1) Demelin. *Gaz. des Hôpitaux*, année 1890, page 1027.

(2) Article: Bassin coxalgique. In *Traité de l'art des accouchements*, par Tarnier et Budin, t. III, pages 261 et 262.

« 1^o Rotation en dehors et abduction de la cuisse malade (élévation de l'os iliaque du côté sain), aplatissement pelvien du côté sain ;

« 2^o Rotation en dedans et adduction de la cuisse malade (élévation de l'os iliaque du même côté), aplatissement pelvien du côté malade.

« Mais la première loi est beaucoup plus généralement vraie que la seconde. Car, à la troisième période de la coxo-tuberculose (adduction), les os sont souvent très ramollis, les altérations prononcées, les déplacements, etc., apparaissent, et le bassin peut obéir à des influences multipliées et difficiles à démêler. »

D'autre part, dans sa thèse, dont nous avons déjà parlé, Chalochet (1) dit : « Toutes les fois que nous avons constaté l'ankylose en adduction, le bassin était aplati du côté sain ; et cela se comprend aisément : le membre malade est raccourci, c'est sur lui que le malade appuie le moins ; l'os iliaque du côté sain, incliné latéralement, supporte au contraire une pression exagérée, pression qui s'exerce presque perpendiculairement à sa surface et doit inévitablement l'aplatir. »

Quant à nous, dans quinze de nos observations, l'attitude du membre ankylosé est indiquée : 1^o Treize fois il y a rotation en dedans et adduction de la cuisse malade ; l'aplatissement pelvien siège :

8 fois du côté malade.

4 fois du côté sain.

1 fois le bassin est normal.

(1) Chalochet. Anatomie du bassin coxalgique chez l'enfant. Thèse de Paris, 1901, page 77.

2° Dans deux cas seulement le membre était fixé en abduction et rotation en dehors ; l'aplatissement pelvien siégeait :

1 fois du côté malade.

1 fois le bassin était symétrique.

Nous voyons donc : que de l'attitude du membre pelvien fixé par ankylose, qu'il s'agisse d'abduction et rotation en dehors, — ou bien d'adduction et de rotation en dedans, — on ne peut conclure rigoureusement à l'aplatissement pelvien sur tel ou tel côté du bassin.

Est-ce à dire que, au point de vue obstétrical, il soit indifférent qu'il y ait ankylose avec abduction ou ankylose avec adduction ? Point du tout. On sait depuis longtemps que l'adduction apporte une entrave à l'accouchement. Bien plus, « l'antéversion du bassin et l'obstruction de l'orifice vulvaire occasionnée par le croisement des cuisses, déjà susceptibles de gêner le coït, mettent obstacle à l'expulsion du fœtus si la femme est placée dans le décubitus dorsal habituel. De ces deux phénomènes extrêmes de la génération, le premier ne peut guère s'accomplir qu'en attitude particulière (*more canis*), quant au dernier, il nécessite l'emploi de la position genu pectorale, ou ce qui est préférable, celui du décubitus latéro-abdominal. Pour obvier à ces inconvénients plusieurs chirurgiens (Verneuil, Tillaux...) conseillent de rétablir le parallélisme entre les deux membres par l'ostéoclasie ou par l'ostéotomie ; mais il n'y a pas lieu de pratiquer ces opérations pendant la grossesse ou l'accouchement » (1).

(1) Bonnaire. In *Traité de l'art des accouchements*, par Tarnier et Budin, t. III, page 268.

Par les moyens qui précèdent, nous avons établi le diagnostic de bassin coxalgique sur le vivant. Il convient, en outre, de pratiquer le toucher. Le doigt introduit dans la cavité vaginale, recherchera les différentes particularités du bassin. Exceptionnellement on rencontrera des inégalités sur les parois latérales, dues à la prolifération du périoste et de l'os ; plus souvent, il faudra prendre garde de commettre une erreur en touchant les symphises sacro-iliaques, et la saillie parfois assez marquée qu'elles peuvent faire dans l'excavation (Obs. de Démelin⁽¹⁾). Enfin, on appréciera le degré d'aplatissement, et on mesurera le diamètre promonto-sous-pubien. Il est inutile de revenir ici sur l'aspect du pelvis.

On examinera, en outre, si la femme ne présente pas de traces de rachitisme ou de scoliose, ou de toute autre déformation pouvant avoir un retentissement sur la configuration du bassin.

Le diagnostic différentiel aura surtout pour objet

(1) Obs. I. Marie C..., entrée le 21 août 1889, à la clinique d'accouchements de la rue d'Assas, dirigée alors par M. le docteur Maygrier. A 4 ans, coxalgie gauche, pour laquelle elle garde le repos pendant plusieurs mois ..

A l'examen du détroit supérieur (moitié droite) : le bord antérieur de l'aileron sacré est nettement plus court de ce côté que de l'autre. L'articulation sacro-iliaque est très saillante, elle forme une moue prononcée qui se trouve dans un plan horizontal passant au-dessus du promontoire. Immédiatement en dehors de la symphyse sacro-iliaque droite, le bout de l'index se loge dans une sorte d'encoche causée par la plicature de la ligne innommée correspondante. On pourrait croire, à un examen superficiel, que la saillie faite par la symphyse sacro-iliaque n'est autre chose que l'angle sacro-vertébral, et qu'il n'existe pas, en réalité, d'aileron du sacrum, Démelin. *Gaz. des Hôpitaux*, 1890, page 1027.

d'éliminer le bassin vicié par luxation congénitale, celui de Nœgelé, et, exceptionnellement, le bassin vicié par obstruction.

Voyons maintenant comment évolue la grossesse chez les femmes coxalgiques, et les accidents auxquels elle peut donner lieu.

CHAPITRE IV

De la grossesse chez les femmes coxalgiques.

La grossesse chez les coxalgiques peut présenter quelques accidents qu'il est bon de connaître. « Chez les boiteuses, les difficultés de la situation instable du centre de gravité apporté à l'exercice de la marche, augmentent lorsque ces femmes deviennent enceintes. Le développement et la saillie de l'utérus gravide déplacent le centre de gravité et le portent en avant ; aussi, les boiteuses se trouvent-elles particulièrement exposées aux chutes sur l'abdomen, et par conséquent aux traumatismes de la zone génitale.

« Cependant, à la lecture des observations, et contrairement à l'opinion émise par Peu, opinion que de Lamotte et les historiens s'accordent, non sans quelque malice, à considérer comme partiiale, il ne semble pas que la grossesse soit plus fréquemment interrompue avant terme chez les boiteuses que chez les femmes bien conformées (1). »

(1) Tarnier et Budin. Traité de l'art des accouchements, t. III page 266.

Aussi voit-on le plus souvent la grossesse poursuivre son cours chez les coxalgiques, et évoluer le plus souvent comme une grossesse normale. C'est même là un danger. Il n'est pas prudent, pour les parturientes, de vivre ainsi dans une quiétude trompeuse, et plus d'une a payé de sa vie, où plus souvent encore de la vie de son enfant, l'insouciance qu'elle avait mise à s'enquérir de l'issue du prochain enfantement. La thérapeutique obstétricale compte de nos jours des moyens d'action puissants et nombreux, mais il convient que les femmes enceintes viennent consulter l'accoucheur en temps utile.

Comment fixer le pronostic de l'accouchement chez une femme coxalgique ? — Quels sont les moyens d'investigation dont le médecin doit faire usage ?

Nous laisserons de côté la pelvimétrie externe qui n'est pas d'une grande utilité dans le cas de coxalgie. Par elle, on peut établir le degré d'atrophie de l'un des os iliaques par rapport à l'autre, mais il n'est pas possible d'en tirer d'autres renseignements. Par contre, il est un moyen d'investigation externe qui est susceptible de fournir de précieuses indications. Nous voulons parler du palper mensurateur (1). On a vu en effet, à propos du bassin coxalgique osseux, que le diamètre promonto-sous-pubien était quelquefois rétréci, il convient donc d'établir le rapport qui existe entre le volume de la tête fœtale et la capacité du bassin. Il suffit pour cela, pendant la grossesse, d'effectuer ou d'essayer d'effec-

(1) Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes. Par le professeur A. Pinard.

tuer l'engagement artificiel de la tête fœtale au moyen de pressions extérieures exercées sur le globe céphalique ; cette manœuvre a reçu du professeur Pinard, le nom de palper mensurateur. Après avoir pris soin de vider la vessie et le rectum, on applique les mains de chaque côté de l'hypogastre ; et l'on fixe d'abord la tête au détroit supérieur ; puis, on imprime à celle-ci, de haut en bas, des pressions dirigées suivant l'axe de ce détroit, de manière à faire descendre la voûte du crâne dans l'excavation pelvienne. Tant qu'il demeure possible d'introduire le sommet dans le bassin, on peut espérer que l'accouchement aura une issue spontanée, si, par ailleurs, on n'a pas constaté un rétrécissement considérable du détroit inférieur, produit tantôt par la saillie des épines sciatiques, tantôt par le rapprochement des tubérosités ischiatiques.

La pelvimétrie interne peut être pratiquée au moyen d'instruments spéciaux appelés pelvimètres ; mais c'est surtout et pour ainsi dire exclusivement au moyen du toucher mensurateur qu'on appréciera l'angustie pelvienne dans son diamètre promonto-sous-pubien. Depuis les recherches de Tarnier (cours professé à la Faculté de médecine de Paris en 1887), on sait que (1) :

1° Dans les bassins dont le diamètre promonto-sous-

(1) Les mesures qui vont suivre ont été établies sur les bassins rachitiques, nous ne pouvons affirmer qu'elles soient applicables également aux bassins coxalgiques, pourtant nous avons cru bon de les rapporter dans notre thèse. Nous n'avons pas signalé les mensurations pour les bassins au-dessous de 6 centimètres, le rétrécissement antéro-postérieur dans les bassins qui nous occupent, ne descendant pas au-dessous de cette mesure.

pubien se trouve compris entre 6 et 8 centimètres, il faut retrancher 15 millimètres.

2° Dans les bassins offrant un diamètre promonto-sous-pubien de 8 centimètres à 8 centimètres et demi, retrancher 20 millimètres.

3° Dans les bassins ayant un diamètre promonto-sous-pubien de 8 centimètres et demi à 10 centimètres, retrancher 15 millimètres.

4° Dans les bassins de plus de 10 centimètres dans leur diamètre promonto-sous-pubien, retrancher 15 à 20 millimètres.

Quant aux diamètres obliques, qu'il serait pourtant utile de mesurer, on ne peut arriver à leur égard qu'à des approximations.

D'ailleurs, il ne nous semble pas indispensable d'en connaître exactement la longueur, il est bien plus important de savoir si l'aplatissement n'est pas trop considérable, et s'il n'y aura pas dans le bassin d'espace perdu. Le toucher vaginal profond pourra nous renseigner sur ce point ; il révélera l'asymétrie du sacrum dans certains cas (1), et le redressement plus ou moins marqué de la ligne innominée dans d'autres. Parfois nous saurons par ce moyen que telle ou telle moitié du bassin est devenue impraticable (2). Par le toucher manuel, enfin, qui devra être fait avec lenteur et sans violence, on pourra se renseigner sur la capacité de l'excavation pelvienne ou encore, comme l'a fait le professeur

(1) Voir Obs. LIV.

(2) Voir Obs. LX.

Pinard, apprécier la distance qui sépare les deux tubérosités ischiatiques au moyen des doigts, groupés sur une même ligne transversale. Il sera bon le plus souvent, pour retirer de ces modes d'investigation le plus grand bénéfice possible, de soumettre la femme au sommeil chloroformique, cela est surtout vrai pour le toucher manuel.

Nous avons vu dans le chapitre précédent, qu'il n'y avait pas lieu d'établir une relation entre l'attitude du membre inférieur fixé par ankylose et la localisation de l'aplatissement pelvien, sur tel ou tel côté du bassin. Peut-on tout au moins, lorsque on a constaté sur quel côté (malade ou sain) siège l'aplatissement pelvien, établir approximativement quelle sera l'issue de l'accouchement ? M. Maygrier, parlant d'un accouchement dystocique chez une femme coxalgique (1), fait suivre l'exposé de l'observation des réflexions suivantes :

« Cette observation est un exemple de la dystocie qu'on peut observer chez les femmes atteintes de coxo-tuberculose.

« Elle confirme la gravité du pronostic, sur laquelle ont insisté Démelin et Bonnaire dans les cas où la coxal-

(1) Maygrier. Accouchement dystocique chez une femme coxalgique. *Bulletin de la Société d'obstétrique*, 1900, pages 176 à 187.

La nommée N..., âgée de 30 ans, se présente le 13 janvier 1900, à la consultation de la Maternité à la Charité. II^e pare près du terme.

Coxalgie gauche. — Début 6 ans ; soignée par repos et application de cataplasmes de farine de lin. Suppuration ayant duré très longtemps. Une fistule persiste encore. Guérie par ankylose avec flexion, adduction et rotation en dedans du membre pelvien gauche. Luxation démontrée nettement par la radiographie.

Bassin. — Os coxal gauche atrophié. « Côté sain, un très léger

gie a été négligée et est invétérée. La cuisse est alors immobilisée en demi-flexion, adduction et rotation en dedans. Or, dans cette attitude la contre-pression fémorale s'exerce avec plus de force sur le côté malade que sur le côté sain. Il en résulte que la double viciation qui caractérise le bassin coxalgique c'est-à-dire l'atrophie pelvienne unilatérale d'une part, et le redressement iliaque consécutif à la contre-pression fémorale de l'autre, se trouve siéger exclusivement du côté malade. Le bassin est donc rétréci plus ou moins considérablement dans une de ses moitiés, celle qui correspond à la hanche ankylosée ; il affecte le type oblique ovalaire.

« Cette variété de viciation est évidemment plus grave que lorsque les lésions sont réparties des deux côtés du bassin comme dans les cas où la cuisse est en abduction et en rotation en dehors, et où il y a alors redressement de la ligne innominée du côté sain et seulement atrophie du côté malade, etc... »

De la lecture de nos observations il ne semble pas que les conclusions de M. Maygrier soient toujours justifiées. Nous ne reviendrons pas sur la question des attitudes des membres pelviens, que nous avons traitée ailleurs. Pour ce qui est de la terminaison de l'accouchement dans les

redressement de la ligne innominée ; du côté malade, un aplatissement de la paroi latérale du bassin dans toute sa hauteur, depuis et y compris la ligne innominée, jusqu'à la tubérosité ischiatique ; toutefois, cet aplatissement est surtout marqué à la partie inférieure de l'excavation. » Branche ischio-pubienne incurvée en dedans. La mensuration du diamètre bi-ischiatique ne donne d'ailleurs que 7 centimètres. Deux accouchements prématurés artificiels. Enfants morts.

bassins aplatis du côté malade, mis à part évidemment les cas où il y a coexistence de sacro-coxalgie, nous arrivons, par l'étude de nos observations, à des conclusions différentes de celles que l'on vient de lire.

Dans notre statistique de Baudelocque, l'aplatissement pelvien est signalé chez 23 femmes qui se répartissent comme suit :

A) Chez 11 femmes il y a aplatissement du bassin du côté malade (c'est le cas de M. Maygrier). Nous trouvons 25 grossesses terminées par :

a) Accouchement spontané à terme ou prématuré : 23 soit 92 0/0.

b) Accouchements non spontanés à terme ou prématurés : 2 soit 8 0/0.

B) Chez 12 femmes il y a aplatissement du bassin du côté sain (disposition favorable pour M. Maygrier). Nous trouvons 26 grossesses terminées par :

a) Accouchements spontanés à terme ou prématurés : 19 soit 73 0/0,

b) Accouchements non spontanés à terme ou prématurés : 7 soit 27 0/0.

On voit donc que la proportion des accouchements terminés spontanément est plus considérable quand il s'agit d'aplatissement pelvien portant sur le côté coxalgique. C'est là une assertion qui va à l'encontre de l'opinion classique, et nous croyons bon de la mettre en lumière.

D'ailleurs, voyons comment se sont terminés les accouchements dystociques dans nos deux catégories de bassins coxalgiques.

A'.) Dans le premier cas, nous trouvons :

Obs. XLI. — Cinquième grossesse terminée à 8 mois par une version podalique, fille vivante. Cette femme a eu cinq autres grossesses toutes terminées spontanément trois fois à terme, deux fois à 8 mois.

Obs. LIV. — 1^e pare terminée par un forceps, garçon vivant ; mort quelques jours après.

B'.) Dans le deuxième cas, nous trouvons :

Obs. XL. — Première grossesse, accouchement prématuré à 7 mois, forceps, enfant mort, quatre accouchements terminés spontanément, deux à terme, 2 prématurés (7 mois 1/2 et 8 mois).

Obs. L. — Première grossesse, à terme, forceps, enfant vivant, mort à 1 mois.

Deuxième grossesse, à 7 mois 1/2 (siège) terminé par version puis forceps, garçon mort-né.

Obs. LII. — 1^e pare, accouchement prématuré à 7 mois 1/2 terminé par forceps, fille vivante, mise en couveuse, morte le lendemain.

Obs. LIII. — Première grossesse, accouchement prématuré à 8 mois, terminé par forceps et basiotripsie.

Obs. LX. — (Même femme que dans l'obs. LIII, deuxième grossesse, accouchement à terme, terminé par opération de Porro, femme morte, garçon vivant.

Obs. LXI. — 1^e pare, accouchement à terme terminé par opération de Porro, femme guérie, garçon vivant.

Si l'on considère la gravité des opérations auxquelles on a eu recours dans les cas d'accouchements dystociques chez les femmes à bassin aplati du côté sain, on voit que

cette disposition semble comporter un pronostic plus sévère que la disposition inverse. Il y a peut être sur ce point lieu d'établir par un examen de la femme coxalgique pendant la grossesse, un léger calcul de probabilité (?)

CHAPITRE V

De l'accouchement dans le bassin coxalgique.

Comme nous l'avons déjà dit, nous devons à la bienveillance de M. le professeur Pinard d'avoir pu consulter les registres de la Maison d'accouchements Baudelocque. Nous avons fait porter nos recherches sur les treize dernières années 1890-1903 Dans cet espace de temps il s'est fait dans cette vaste maternité 26.950 accouchements, qui se répartissent comme suit :

Année 1890.....	1.249	accouchements.
— 1891.....	1.661	—
— 1892.....	1.835	—
— 1893.....	1.920	—
— 1894.....	2.139	—
— 1895.....	2.077	—
— 1896.....	2.270	—
— 1897.....	2.313	—
— 1898.....	2.299	—
— 1899.....	2.505	—
— 1900.....	2.443	—
— 1901.....	2.224	—
— 1902.....	2.015	—

Total en 13 années.. 26.950 accouchements.

Les accouchements chez les coxalgiques sont dans le même espace de temps de 63, ce qui fait qu'il y a eu à Baudelocque 1 accouchement coxalgique pour un peu moins de 428 accouchements.

Nous rapportons les soixante-trois observations relatives aux dits accouchements chez les coxalgiques. Nous y avons ajouté une observation (obs. LXIV) qui provient de la Maternité de la Pitié et que nous devons à l'obligeance de notre maître, le docteur Lepage.

Les soixante-trois observations de Baudelocque ont trait à cent-six grossesses, car il y a un certain nombre de multipares.

Nous n'étudierons pas le mécanisme de l'accouchement dans le bassin coxalgique, cela nous entraînerait trop loin. Nous nous bornerons au rôle plus modeste d'établir une statistique des accouchements dans les bassins coxalgiques.

1° *Des présentations dans les bassins coxalgiques.* — Nous réunirons ici, non seulement les présentations des fœtus dans les grossesses qui font l'objet de l'observation, mais encore les présentations dans les grossesses antérieures, lorsque cette présentation aura été indiquée.

Les présentations sont indiquées dans 84 cas. Ce sont :

A. — Sommet : 78, soit 92,85 0/0.

Position :	{	OIGA : 24.	{	O. P : 8.
		OIGT : 3.		
		OIGP : 1. Dégagée en O. P.		
		OIDA : 2.		
		OIDT : 5.		
		OIDP : 9. Dégagée en		
			{	O. S : 1.
		Non indiquée : 34.		

B. — Siège (1) : 5 fois, soit 5,95 0/0.

Position : $\left\{ \begin{array}{l} \text{SIDA : 1 décompleté mode des fesses.} \\ \text{Non indiquée : 4 fois.} \end{array} \right.$

C. — Tronc : 1, soit 0,5 0/0.

D. — Epaule : 1 (?), soit 0,5 0/0.

On voit que la proportion pour la présentation du siège est un peu plus élevée que dans les statistiques habituelles. Tracou trouvait une proportion de 1 pour 18. Notre proportion est de 1 pour 17, soit 6 0/0 (2). Nous n'avons pas trouvé de présentations du front ou de la face.

2° Modes de terminaison de la grossesse dans les bassins coralliques. — Nombre total : 106 accouchements ou avortements.

A. — Accouchements spontanés a terme, 67, soit 63,2 0/0.

B. — Avortements 6, soit 5,66 0/0.

C. — Accouchements prématurés terminés spontanément, 14, soit 13,2 0/0.

Accouchements prématurés terminés par opération obstétricale, 7, soit 6,6 0/0.

D. — Accouchements terminés par forceps, 4, soit 3,77 0/0.

(1) On peut consulter à ce sujet : De la conduite à tenir dans la présentation du siège, par le docteur Funck-Brentano. (Bassins rachitiques). In *Revue pratique d'obstétrique*, 1900, pages 284 à 320.

(2) D'après les statistiques et dans les bassins normaux, on verrait une présentation du siège sur 27 accouchements (Mme Lachapelle), sur 33 (Mme Boivin), sur 30 (Pinard), sur 38 (Pinard et Lepage). In *Précis d'obstétrique*, par A. Ribemont-Dessaignes et G. Lepage. Ed. de 1898, page 447.

E. — Accouchements terminés par basiotripsie, 1, soit 0,94 0/0.

F. — Accouchement spontané après version par manœuvres externes (1) 1, soit 0,94 0/0.

G. — Accouchements terminés par césarienne conservatrice, 2, soit 1,88 0/0.

H. — Accouchements terminés par opération de Porro, 3, soit 2,83 0/0 (2).

I. — Accouchements terminés par manœuvres obstétricales combinées (forceps, version externe et interne, basiotripsie, etc.), 8 fois.

3° *Durée moyenne du travail chez les femmes coralligues*, — Nous diviserons pour cela nos accouchées en primipares et multipares.

A. — Pour les primipares, la durée moyenne du travail a été : 15 heures.

Au dessous de 5 heures : 1 fois (2 h. 20).

(1) Manuel opératoire de la version par les manœuvres externes dans la présentation du siège, par M. le professeur A. Pinard. In *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, 1883, pages 245 à 249.

(2) Opération de Porro. De l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarienne, par le professeur A. Pinard. In *Revue pratique d'obstétrique*, 1900, page 65.

De l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarienne ou opération de Porro : 39 cas d'opérations faites 3 ans après la première opération faite par Porro à la Maternité de Pavie, par A. Pinard. In *Annales de gynécologie*, n° de novembre-décembre 1879, et janvier 1880.

Manuel opératoire décrit par M. Varnier. In *Revue pratique d'obstétrique*, mars 1892, page 57.

Entre 5 et 10 h. : 8 fois.

— 10 et 15 h. : 4 —

— 15 et 20 h. : 3 —

— 20 et 30 h. : 5 —

Au-dessus de 30 h. : 1 —

B. Pour les multipares la durée moyenne du travail
a été : 12 h. 20.

Au-dessous de 5 h. : 3 fois.

Entre 5 et 10 h. : 10 —

— 10 et 15 h. : 5 —

— 15 et 20 h. : 3 —

— 20 et 30 h. : 1 —

Au-dessus de 30 h. : 2 —

4° *Délivrance et suites de couches.* — Nous n'avons observé rien de particulier concernant la délivrance. Quant aux accidents qui suivent l'accouchement, il n'y a non plus rien de spécial à signaler chez les coxalgiques.

OBSERVATION I (Inédite)

(Clinique d'accouchements Baudelocque, année 1890. n° 203.
(résumée.)

Coxalgie gauche traumatique. — Debut à 8 ans. — Guérie avec ankylose de la hanche. — Aplatissement du côté sain. — Accouchement spontané à terme. — Présentation du sommet O. I. D. A.

A. — L... P... (primipare), 22 ans, couturière, née à Blois. Antécédents personnels : a marché à 11 mois. Coxalgie gauche survenue à l'âge de 8 ans à la suite d'une chute. Ankylose de la hanche.

Grossesse : Dernières règles, 26 juin. Mouvements actifs, fin octobre. Les trois premiers mois, a eu beaucoup de vomissements. Le quatrième mois, elle ne pouvait pas marcher par suite d'une grande douleur à la hanche ; elle est restée un mois au lit, on l'a soignée avec des vésicatoires. Sommet engagé en O. I. D. A. Bassin aplati du côté droit, Bassin oblique ovulaire de Lenoir.

Accouchement : à terme. Spontané ; dégagement en O. P. Durée totale du travail, 14 heures 10 minutes. Délivrance, par extraction simple. Annexes normaux. Suites de couches apyretiques. Mère sortie en bon état.

B. — Enfant. Garçon, né vivant. 3120 grammes. Sorti en bon état. Le douzième jour 3380 grammes.

OBSERVATION II (Inédite).

Clinique d'accouchements, Baudeiocque, année 1890 ;
n° 1029 (Résumée).

Coxalgie droite. — Début à 19 ans. — Arrêt de la marche ; guérie par ankylose. — Bassin aplati du côté malade. — Accouchement spontané à terme. — Garçon vivant, 3,150 grammes.

A. — X... Multipare (III^e pare) ; 2 ans. Coxalgie droite. A l'âge de 19 ans, douleurs dans le membre inférieur droit, qui ont empêché la marche pendant 22 mois.

Grossesses et accouchements antérieurs : Premier accouchement, en 1880. Spontané à terme, enfant vivant. Deuxième accouchement, en 1882. Spontané à terme, enfant vivant.

Grossesse actuelle : A terme. Pas d'accidents de la grossesse. Squelette : Parenthèse très prononcée des membres inférieurs. Ankylose de la hanche droite. Présentation : Céphalique non engagée. Bassin : aplati à droite (côté malade).

Accouchement spontané à terme en OIGA, dégagement,

O.P. Lésions vulvo périnéales : Nulles. Durée totale du travail : 7 heures.

Délivrance : Par extraction simple. Suites de couches : apyrétiques. Mère sortie en bon état.

B. — Enfant : Garçon vivant, 3,220 grammes. Sort en bon état.

OBSERVATION III (Inédite).

Clinique d'accouchements, Baudelocque, année 1891 ;
n° 434. (Résumée.)

Coralgie droite. — Aurait débuté à 3 mois (?). — Soignée par le repos au lit ; ne commence à marcher qu'à l'âge de 4 ans. — Raccourcissement du membre inférieur droit de 6 centimètres. — Bassin asymétrique ; toute la partie droite est frappée d'arrêt de développement ; promonto-sous-pubien : 10 cent. 7 (M. le professeur Pinard). — Accouchement spontané à terme, OI.D.T. — Fille vivante, 3,740 grammes.

A. — X... Multipare (IV^e pare) ; 35 ans. Antécédents personnels : Coxalgie droite dans l'enfance. A marché à 4 ans, a toujours bien marché à partir de cet âge. A fait une chute à l'âge de 3 mois. On l'aurait laissée choir d'une table. N'a marché qu'à 4 ans et boîte depuis.

Accouchements antérieurs. Premier accouchement en 1888. Accouchement à terme spontané, enfant vivant, nourri au sein, mort à deux ans et demi. Deuxième accouchement : en 1889, spontané à terme, enfant vivant, nourri au biberon, vivant. Troisième accouchement, en 1890 : fausse couche de six semaines. Enfants petits.

Age de grossesse actuelle, 9 mois : Raccourcissement d'environ 6 centimètres de la cuisse droite. Présentation : céphalique non engagée, dos à droite. Bassin : vicié, asymétrique, aplati à droite. Rétréci : diamètre promonto-sous-pubien :

10 cent. 7 (Pinard). Pas d'albumine. Toute la face antérieure du sacrum est convexe. La partie droite du bassin est frappée d'arrêt de développement :

Epine iliaque ant. supérieure droite à malléole ext.	71 cent.
— gauche — —	76 —
Grand trochanter droit à malléole externe.....	71 —
— gauche —	71 —

La tête s'est engagée en D.T., et l'accouchement s'est terminé rapidement. Expulsion spontanée à terme. OI.D.T, dégagement. OP. Durée du travail : 15 h. 25.

Délivrance normale : Suites de couches physiologiques. Complètement apyrétiques. Etat de la mère : Bon à la sortie.

B. — Enfant... fille vivante, 3,740 grammes. Etat bon à la sortie.

OBSERVATION IV (Inédite).

Clinique Baudelocque, année 1891 ; n° 761 (Résumée).

Coxalgie gauche. — Début à 5 ans ; guérie par ankylose, raccourcissement de 8 centimètres et rotation en dehors, pas de luxation. — Aplatissement du bassin du côté malade par arrêt de développement. — Fœtus mobile se présentant successivement par le tronc, par le siège. — Version par manœuvres externes. — Accouchement spontané à terme. — OI.D.T dégagé en O.P. — Garçon vivant.

A. — M. D.. Multipare (II^e pare) ; 27 ans. — Antécédents héréditaires : Mère bien portante. Père, inconnu. Antécédents personnels : Coxalgie gauche à l'âge de 5 ans, qui a duré jusqu'à 11 ans. Coxalgie, abcès froids. A été obligée de reprendre la canne depuis 4 ans. Souffre de l'articulation de la hanche gauche depuis un mois. Première grossesse, 1887 : Accouchement à terme spontané, garçon vivant. Travail a duré du jeudi au dimanche. Enfant pesait 6 livres, nourri au sein, mort à

17 mois (convulsions). Accouchée à la clinique alors que M. Pinard dirigeait le service.

Age de la grossesse actuelle, 8 mois (à l'entrée dans le service). Gastralgie au début de la grossesse. Douleurs dorsales. Squelette : Ankylose de la hanche gauche et raccourcissement de 8 centimètres avec rotation en dehors. Pas de luxation. Arrêt de développement du membre. Adipose sous-cutanée. masses musculaires atrophiées. Cicatrices autour de la hanche gauche ; anciens abcès froids. Présentation : siège non engagé dans la fosse iliaque gauche. Tête au-dessus de la fosse iliaque droite. Petites extrémités en avant. Symphyse pubienne très abaissée. Promontoire non accessible. Aplatissement de la moitié gauche du bassin par arrêt de développement, le côté droit est au contraire très large. Arrêt de développement de la cuisse gauche : à 12 centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule, elle mesure 43 centimètres de circonférence, tandis que la cuisse droite au même niveau mesure 52 centimètres. Distance de l'épine iliaque, antérieure et supérieure à la pointe de la malléole externe : à gauche 69 centimètres, à droite 77 centimètres, différence, 8 centimètres. Le pli fessier gauche est abaissé et moins long. Le membre inférieur gauche est en rotation externe. 15 mai : Pas d'albumine. Sommet amorcé en G.T. Foyer à gauche. 16 mai : Tête dans hypochondre gauche. Siège dans la fosse iliaque droite. Petites extrémités en avant. Foyer en bas et à gauche. 17 mai : Tête ayant tendance à glisser vers la fosse iliaque droite, dos à droite. 19 mai : Tête dans la fosse iliaque gauche. Dos en avant. Foyer à gauche et au-dessous de l'ombilic. pas d'albumine. 22 mai : Tête en bas, amorcée, O.I.D.T., foyer à droite. Pas d'albumine. 26 mai : Même disposition. 29 mai : Tête au-dessus de la fosse iliaque droite, siège dans la fosse iliaque gauche. Petites extrémités en avant. Foyer à droite au-dessous de l'ombilic. 2 juin : Pas d'albumine. Sommet non engagé, DT. 3 juin : Version par manœuvres externes. 13 juin : Début du travail.

Accouchement spontané à terme en OI.D.T. ; expulsion en O.P. Durée totale du travail : 16 h. 45.

Délivrance : Extraction simple, normale. Suites de couches apyretiques. Mère sortie en bon état le 25 juin 1891.

B. — Enfant, garçon, 3.460 grammes, vivant. Sorti en bon état, le 9^e jour, poids, 3.250 grammes.

OBSERVATION V (Inédite).

(Clinique Baudelocque année 1891, n° 952.) (Résumée).

Coxalgie droite. — Début à 3 ans ; cessation de la marche de 3 à 7 ans ; appareil permettant la marche de 7 à 14 ans ; guérie par ankylose avec commencement de luxation en haut et en arrière, flexion, adduction et rotation en dedans. — Bassin aplati du côté malade. — Palper abdominal mensurateur. — Accouchement spontané à terme. — O. I. D. T. dégagé en O. P. — Suites de couches fébriles. — Enfant : fille vivante.

A. — L... (primipare) ; 20 ans. — Antécédents héréditaires : mère morte de maladie de cœur ; père mort de la poitrine. — Antécédents personnels : Coxalgie droite à 3 ans. A cessé de marcher de 3 à 7 ans. De 7 à 14 ans, marchait avec un appareil. A partir de 14 ans marche sans béquilles ni canne.

Age de la grossesse actuelle : 9 mois. Grossesse : normale. Squelette : Ankylose de la hanche droite. Léger déplacement en haut et en arrière. Arrêt de développement du membre inférieur droit, raccourcissement de 8 centimètres. Cuisse dans la flexion, adduction rotation en dedans. Rachis légèrement incurvé latéralement dans la région lombaire. Présentation : Sommet. Tête tendant à filer dans la fosse iliaque droite, Dos à gauche. Bassin : Paraît asymétrique, plus accessible à droite qu'à gauche. 1^{er} juin : M. Pinard examine la malade sous le

chloroforme et constate qu'il peut introduire les 4 doigts de la main de champ. entre les faces internes des tubérosités de l'ischion. Il en déduit que le détroit inférieur n'est pas sensiblement rétréci et décide de laisser la grossesse aller à terme. 4 juin: Tête amorcée ne déborde pas. 23 juin: Tête au détroit supérieur en O I G T, déborde légèrement. 28 juin: Pas d'albumine. 4 juillet: O I D T. Ne déborde pas. 10 juillet: La tête est en gauche transverse et déborde. 21 juillet: Pas d'albumine. 22 juillet: Tête en D. T. 23 juillet: début du travail.

Accouchement spontané: à terme en O I D T. Expulsion en O. P., durée totale: 5 h. 30 minutes.

Délivrance: Normale, par extraction simple, suites de couches pathologiques: 24 juillet, 37°; 25 juillet, 38°; 26 juillet, 38°3; 27 juillet, 38°2; 28 juillet, 39°. injection intra-utérine, eau sale, quelques débris; 29 juillet, 38°; 30 juillet, 38°; 31 juillet, 37°4; 1^{er} août, 37°; 2 août, 37°. Mère dans un état médiocre. Encore un peu de fièvre. Part sur sa demande expresse.

B. — Enfant: fille vivante, 2850 grammes. Sortie en bon état le 14^e jour, poids: 2850 grammes.

OBSERVATION VI (Inédite).

(Clinique d'accouchements Baudelocque, année 1891; n° 1311.)

(Résumé.)

Coralgie gauche. — Début à 5 ans; traitée dans un appareil pendant 4 mois puis béquilles pendant 7 ans. — Accouchement spontané à terme. — Fille vivante, 3495 grammes.

A. — F. W..., (multipare, II^e pare); 27 ans. — Antécédents héréditaires: Père mort de pneumonie; mère vivante et bien portante; un frère et une sœur vivants et bien portants. un

frère mort de bronchite chronique. — Antécédents personnels : Rougeole à 3 ans. Coxalgie gauche. Chute dans un escalier à l'âge de 5 ans, est restée 4 mois dans un appareil à la suite et a marché pendant 7 ans avec des béquilles. — Accouchement antérieur : premier accouchement 1888. Maternité. Procidence d'un pied.

Age de la grossesse actuelle : 9 mois. Coxalgie gauche ; sommet engagé profondément en O. I. G. A. Pas d'albumine dans les urines.

Accouchement spontané à terme. Expulsion en O. P. Durée totale du travail : 16 heures 45 minutes. Lésions vulvo-périnéales : nulles. Délivrance : spontanée, avec rétention d'une partie des membranes. Le placenta étant à la vulve, fut simplement soutenu, après son expulsion et tenant les membranes, il fut fait quelques torsions et de légères tractions qui amenèrent la rupture des membranes restantes. Suites de couches apyrétiques. Mère sortie en bon état.

B. — Enfant : Fille vivante, 3495 grammes. Sortie en bon état le 14^e jour, poids : 3490 grammes.

OBSERVATION VII (Inédite)

Clinique d'accouchements Baudelocque, année 1892,
n° 863 (Résumée).

Coxalgie droite. — Début à 3 ans. — Ensellure lombaire considérable. — Rétrécissement du côté malade. — Guérie par ankylose et luxation en haut et en arrière, membre inférieur en adduction. — Accouchement spontané à terme en OIGA — Garçon vivant.

A. — (II^e pare). Coxalgie droite, à 3 ans. Scarlatine étant toute jeune, ne peut dire l'âge. Première grossesse : accouchement spontané à terme, 26 juillet 1890, à la Maternité. Sommet en D. A., enfant : 3.450 grammes.

Age de la grossesse actuelle : 9 mois, pas d'albumine. Squelette : Ensellure considérable dans le décubitus dorsal, s'accroissant encore dans la station debout ; la femme dans l'attitude verticale, touchant la toise par l'occiput, la partie moyenne de la région dorsale et coccygienne, la flèche de l'ensellure correspondant à la région dorso-lombaire est de 10 centimètres. La vulve regarde presque directement en arrière. Peau : normale. Ventre : pendulum. Présentation : tête en bas, mobile, ayant tendance à filer dans la fosse iliaque droite, dos à gauche. Bassin : rétréci du côté droit dans tous ses diamètres, mais surtout dans les diamètres transverse et oblique du détroit inférieur. A l'âge de 3 ans, coxalgie droite non suppurée ayant nécessité le repos pendant 6 mois, traitée à Sainte-Eugénie, guérie par ankylose après luxation en haut et en arrière. Le membre inférieur droit est, dans l'adduction, raccourci et arrêté dans son développement. Membre droit : De l'épine iliaque antérieure et supérieure à la pointe de la rotule, 34 cent. ; au sommet de la malléole interne, 72 cent. ; à la face plant. du talon, 79 cent. Membre gauche : De l'épine iliaque antérieure et supérieure à la pointe de la rotule, 42 cent. ; à la malléole interne, 79 cent. ; à la face plantaire du talon, 85 cent. Circonférence de la cuisse droite à la partie moyenne, 39 cent. ; du mollet, 34 cent. Circonférence de la cuisse gauche, partie moyenne, 47 cent. ; du mollet, 37 cent.

Accouchement à terme en OIGA. Expulsion en O. P. — La tête était retenue au moment de la dilatation complète, au niveau du détroit supérieur. Occipital chevauchant sur les pariétaux. L'orifice tend à revenir sur lui même. Après la sortie de la tête, il a fallu d'assez fortes tractions pour extraire les épaules. Enfant né étonné, mais ranimé rapidement. Lésions vulvo-vaginales : nulles. Hémorrhagie après l'accouchement ayant nécessité des injections chaudes.

Délivrance : normale. Suites de couches apyrétiques. Femme sortie en bon état.

B. — Enfant : masculin, né vivant, 3.620 grammes. Enfon-

cement des deux frontaux sous les pariétaux, chevauchement du pariétal gauche sur le frontal gauche, et du pariétal droit sur le frontal droit. Bosse séro-sanguine sur le pariétal droit empiétant à gauche. Occipital chevauchant sur les deux pariétaux, sorti le 7^e jour pesant 3.980 gr.

OBSEKVATION VIII (Inédite)

Clinique d'accouchements Baudelocque, année 1896,
n° 125 (Résumée).

Coxalgie et sacro-coxalgie gauches. — Début à 12 ans, ayant duré jusqu'à 17 ans. — Arrêt de développement du côté malade. — Raccourcissement du membre inférieur de 8 centimètres. — Ankylose en flexion et adduction. — Accouchement spontané à terme OIDP., dégagement en O. P. — Fille vivante 3.040 gr.

A. — M... M..., 26 ans, tailleuse (Saône-et-Loire). II^e pare, — Sacro-coxalgie et coxalgie gauches. A marché jusqu'à l'âge de 12 ans. Rougeole à 7 ans. Coxalgie suppurée de 12 à 17 ans. A 18 ans, fièvre muqueuse ayant duré 1 mois.

Grossesse antérieure : Premier accouchement, 10 avril 1893 à Baudelocque, n° 514. Spontané, sommet, à terme. Fille élevée au sein (3 mois), puis au biberon par la mère. Morte à 2 ans.

Age de la deuxième grossesse : 9 mois. Squelette : ankylose coxo-fémorale gauche. La hanche se soulève en même temps que la cuisse. Bassin : arrêt de développement du côté gauche. symphyse déviée à gauche. Présentation : sommet, engagement effectué en droite postérieure. Cette femme a eu une coxalgie de la hanche gauche, ayant duré 5 ans (de 12 à 17 ans). La coxalgie a suppuré, comme le prouvent les cicatrices déprimées d'abcès, l'une sur la face externe de la cuisse, l'autre au niveau de l'extrémité postérieure de la crête iliaque. A l'exa-

men, on constate que le membre inférieur gauche frappé d'arrêt de développement est de 8 centimètres plus court que du côté sain (raccourcissement apparent). Le raccourcissement vrai est de 4 centimètres. Membre en flexion et adduction. Ankylose presque complète de l'articulation. Ensellure lombaire.

Accouchement spontané à terme OIDP. Rupture prématurée des membranes. Dégagement en O. P. Délivrance : normale. Suites de couches apyretiques : mère sort le 31 janvier 1896 en bon état.

B. — Enfant : fille vivante. 3.040 gr. Etat de l'enfant : bon à la sortie, 31 janvier 1896, le 9^e jour, 3.160 gr.

OBSERVATION IX (Inédite)

(Clinique d'accouchements Baudelocque année 1896 : n° 546.
(Résumée.)

Coxalgie gauche. — Fistulisée. — Début à 3 ans ; soignée à Berek. — Résection de la hanche par M. Cazin. — Dia-P. s. pubien : 10, 2. — Rupture artificielle des membranes. — Accouchement spontané à terme O. I. G. T. — Dégagement O. P. — Fille vivante 2.780 grammes.

A. — G... (primipare) ; 20 ans. — A 3 ans, fracture de la cuisse droite, on constate un cal au tiers supérieur de la cuisse droite. Coxalgie suppurée gauche : 3, 7, 9 ans. Soignée à Berek. Résection de la hanche par M. Cazin à Berek. Depuis lors poussées de suppuration fréquentes.

Age de la grossesse : Neuf mois. Squelette : Cal. Au tiers supérieur, cuisse droite (ancienne fracture) cicatrices au niveau de l'articulation coxo fémorale gauche (Résection de la hanche et abcès). Coxalgie suppurée. Présentation : Tête mobile, dos à gauche. Bassin : Vicié, diamètre promonto sous-pubien, 10,2.

Rupture artificielle des membranes.

Accouchement spontané à terme. Dégagement en O. P. Durée totale du travail : 14 heures. Délivrance normale : Suites de couches et apyrétiques. Femme sort en bon état le 10 avril 1896.

B. — Enfant : fille vivante, 2.780, sortie en bon état le neuvième jour, poids 2.600 grammes.

OBSERVATION X (Inédite.)

(Clinique d'accouchement Baudelocque, année 1896; n° 1966.)

(Résumé.)

Coxalgie gauche. — Début à 15 ans, jusqu'à 18 ans. — Accouchement spontané à terme. — O. I. G. A. — Lymphangite du sein. — Fille vivante, 3000 grammes.

A. — A.,, 24 ans, (primipare), 11 nov. — Coxalgie gauche. Début à 15 ans jusqu'à 18 ans.

Grossesse : A terme, hauteur de l'utérus, 34 centimètres. Température normale, pas d'albumine. Membre inférieur gauche plus court de 1 centimètre. Plus grêle que le droit. Tension des parois, assez forte. Sommet engagé en G. A.. Bassin : L'engagement de la tête ne permet pas de l'explorer.

Accouchement : Spontané à terme en OIGA. Dégagement en OP. Durée de la période d'expulsion : 45 minutes. Lésions valvo-périnéales : nulles. Durée totale du travail 9 heures 45 minutes. Délivrance : Par extraction simple, 35 minutes après l'expulsion du fœtus. Le cordon présentait un circulaire très serré autour du cou et a été sectionné. Suites de couches : apparition d'une lymphangite du sein gauche ayant déterminé de la fièvre :

11 novembre, ; soir, 37°4.

12 novembre, matin, 36°8 ; soir, 37°1.

13 novembre, matin, 36°9 ; soir, 37°.

14 novembre, matin, 36°8 ; soir, 37°2.
15 novembre, matin, 36°8 ; soir, 37°1.
16 novembre, matin, 37°1 ; soir, 38° ; pouls : 100.
17 novembre, matin, 36°6 ; soir, 36°6.
18 novembre, matin, 36°9 ; soir, 37°3.
19 novembre, matin, 39°2 ; soir, 36°6.
20 novembre, matin, 37° ; soir, 36°8.

Sortie en bon état le onzième jour.

B. — Enfant : Fille, 3.000 grammes. Née vivante et bien conformée. Sortie en bon état le dixième jour ; poids 2920 gr.

OBSERVATION XI (Inédite.)

(Clinique Baudelocque, année 1897, n° 201.) (Résumé.)

Coxalgie droite. — Début à 3 ans. — Accouchement spontané à terme OI DP. — Dégagement en OP. — Déchirure du périnée. — Fille vivante 3.680 grammes.

A. — M..., 19 ans (1^e pare). — Antécédents héréditaires : Mère morte il y a quatre ans poitrinaire. Père bien portant. Antécédents personnels : A marché à 1 an, coxalgie droite à 3 ans, rougeole à 2 ans.

Grossesse : A terme, hauteur de l'utérus, 34 centimètres. Elle a eu cinq abcès sur la petite lèvre gauche. Le premier il y a 3 ans. Les trois derniers pendant sa grossesse, le dernier s'est ouvert il y a 5 jours. Sommet engagé en OI DP.

Accouchement spontané à terme, dégagement en OP. Déchirure du périnée, deux points de suture. Durée totale du travail 7 heures 1/2. Délivrance par extraction simple. Suites de couches apyrétiques. Un lambeau de membranes retenu est sectionné après avoir mis une ligature ; il est expulsé quelques instants après dans une injection. Femme sortie en bon état.

B. — Enfant : fille, 3.680, née vivante. Sortie en bon état le huitième jour poids ; 3.660 grammes.

. OBSERVATION XII (Inédite).

Clinique Baudelocque, année 1897 : n° 309 (Résumée).

Coxalgie droite. — Début à 9 ans. — Soignée par repos au lit pendant un an. — Ankylose complète. — Luxation du fémur en haut et en arrière ; flexion avec adduction et rotation en dedans. — Accouchement spontané à terme en OIGA. — Fille de 3.700 grammes. — Bassin aplati du côté sain.

A. — M. R., 28 ans (IV^e pare). — Antécédents héréditaires : mère morte à 26 ans de tuberculose pulmonaire. — Antécédents personnels : a marché bien jusqu'à 9 ans ; coxalgie droite à 9 ans ; chloro-anémie à 19 ans. — Grossesses antérieures : Premier accouchement : janvier 1891 ; accouchement prématuré spontané, 8 mois environ, fille élevée au biberon à la campagne, bien portante ; hémorrhagie à la délivrance. Deuxième accouchement : mars 1892 ; spontané à terme ; fille élevée au biberon à la campagne, bien portante. Troisième accouchement : décembre 1893 ; spontané à terme ; garçon élevé au sein maternel mort à 22 mois en proie à des convulsions. Même père pour toutes les grossesses.

Grossesse actuelle : à terme. Hauteur de l'utérus : 35 centimètres, pas d'albuminurie. Présentation : sommet en GT, engagement effectué.

A 9 ans, début de la coxalgie. La malade reste au lit pendant un an, ne porte pas d'appareil malgré l'avis d'un médecin et on la lève de temps en temps dans la journée pour l'asseoir dans un fauteuil pendant plusieurs heures. Un an après, elle peut marcher avec des béquilles ; mais, au bout de deux mois, sa hanche suppure et le pus vient s'ouvrir à la partie supéro-externe de la cuisse où il reste aujourd'hui deux cicatrices. La suppuration dura trois mois environ, pendant lesquels la malade marcha avec ses béquilles. A 11 ans 1/2, elle marche avec une

canne seulement et, six mois après, elle ne s'aide plus de rien. Actuellement la malade marche sans peine quoiqu'en boitant ; sa cuisse droite est en adduction avec rotation interne et légère flexion sur l'abdomen, la tête du fémur a subi un notable mouvement d'ascension, un magma fibreux entoure son articulation avec l'os iliaque. L'articulation est ankylosée. les mouvements d'abduction et d'adduction, de flexion et d'extension sont impossibles à exécuter. La distance qui sépare les deux talons est de 17 centimètres. L'épine iliaque antéro-supérieure est séparée de l'extrémité inférieure de la malléole interne du côté droit par une distance de 78 centimètres ; à gauche, elle est de 83 centimètres. L'épine iliaque antéro-supérieure est distante de 14 centimètres du grand trochanter gauche et de 11 centimètres à droite. Enfin tout le membre inférieur droit présente une amyotrophie marquée, surtout au niveau de la cuisse. Au toucher on sent du côté gauche une proéminence anormale de la portion horizontale du pubis, l'os iliaque de ce côté étant un peu aplati de dehors et dedans. Il y a un raccourcissement apparent de 12 centimètres et un raccourcissement réel de 5 centimètres pour le membre inférieur droit.

Accouchement spontané à terme. Sommet en GA. Dégagement en OP. Lésions vulvo-périnéales : nulles. Durée totale du travail : 2 h. 50. Délivrance : normale par extraction simple 1 h. 5 après l'expulsion du fœtus. Suites de couches apyrétiques. Sortie en bon état le 8^e jour.

B. — Enfant : fille, 3.700 grammes, née vivante. Poids le 8^e jour : 3.890 grammes. jour de sa sortie : en bon état.

OBSERVATION XIII (Inédite).

Clinique Baudelocque, année 1897, n^o 863 (Résumé).

Coxalgie gauche. — Début à 7^e ans. — Traitements multiples.

Accouchement à terme spontané : siège décompleté, mode

des fesses : SIDA. — Dégagement SP. — Suites de couches pathologiques. — Fille vivante : 2.970 grammes.

A. — E. M..., 30 ans (II^e pare). — Antécédents personnels . a marché à 7. Bien jusqu'à 7 ans. Coxalgie gauche à 7 ans ; rougeole à 14 ans ; érysipèle de la face à 18 ans. — Grossesse antérieure : Premier accouchement : 3 août 1891, chez elle, spontané à terme, sommet ?), fille élevée au sein maternel pendant trois mois, puis au biberon par une nourrice. (La mère avait cessé l'allaitement sur l'ordre du médecin parce que l'enfant diminuait de poids.) Cette fille est actuellement vivante et bien portante.

Grossesse actuelle : même père, à terme. Hauteur de l'utérus : 28 centimètres, pas d'albuminurie. Membre inférieur gauche plus court que le droit. Œdème chronique et varices au pied et à la jambe gauches. — Présentation : siège, engagé SIDA. — Auscultation : à droite au-dessous de l'ombilic.

Cette femme dit avoir commencé à boiter vers l'âge de 7 ans. Son médecin n'aurait diagnostiqué une coxalgie gauche que dix-huit mois après. Elle reste au lit cinq mois environ ne se levant que très rarement. Au bout de quelques mois (elle ne peut préciser), un abcès se montre à la région supéro-externe de la cuisse gauche. Le médecin ouvre cette collection au bistouri et applique un grand pansement sur tout le membre inférieur gauche. Séjour au lit pendant un mois. Deux mois après, apparition, sur la même région, d'une seconde collection purulente qui se serait ouverte spontanément et aurait donné issue à une quantité de pus que la malade évalue à un petit bol. Pas de soins ; suintement purulent pendant six mois environ puis cicatrisation. La malade n'aurait plus eu de suppuration pendant quatorze ans. Elle se marie en 1890. — Premier accouchement en 1891. Vers le 4^e mois de cette grossesse, douleurs dans la hanche gauche qui obligent la malade à se servir d'une canne en marchant et cela jusqu'à la fin de la grossesse. Ce n'est que quatre mois après cet accouchement (décembre 1901), qui se

passé normalement d'ailleurs ainsi que les suites de couches. qu'une troisième collection purulente se montre un peu au-dessus des deux premières et laisse suinter une petite quantité de pus ; la suppuration dure six mois environ et la malade ne se soigne toujours pas. Elle va consulter M. Périer, à Lariboisière, en 1892, et elle suit pendant six mois le traitement prescrit (pansements au sublimé) sans grands résultats. C'est alors qu'elle se décide à entrer dans le service de M. Marchand, à Saint-Louis, où elle reste seize mois et subit successivement quatre grattages, dont le premier seulement sans anesthésie au chloroforme. La malade aurait cessé de voir ses règles dès le premier grattage et ce n'est que vingt mois après qu'elle les aurait eues de nouveau. Elle quitte Saint-Louis de sa propre initiative et n'y retourne, pendant trois ans, que pour se faire panser. En sortant de l'hôpital, elle fait usage de béquilles pendant un an, puis marche sans rien. La suppuration aurait diminué un peu. La malade devient enceinte entre temps, et est envoyée à Baudelocque. — Différence de longueur entre les deux membres inférieurs : 4 centimètres.

La femme, présentant un franc de dilatation est transportée à l'isolement. On prévient M. Bouffe de Saint-Blaise car la femme ne peut placer sa jambe droite en abduction. Le fœtus se présente par le siège décomplété, mode des fesses. La dilatation se fait peu à peu, les membranes se rompent et, vingt-cinq minutes après, la dilatation est complète. La femme est mise dans la position obstétricale et expulse spontanément un enfant de 2.960 grammes. Le tronc, les épaules et la tête se dégagent sans qu'on ait une seule manœuvre à accomplir pour le dégagement. Après l'accouchement, elle perd une notable quantité de sang et on procède à la délivrance. Accouchement spontané à terme : siège décomplété, mode des fesses en SIDA. Dégagement en SP. Lésions vulvo périnéales : deux points de suture. Durée totale du travail : 6 h. 10. Délivrance : par M. Bouffe, par expression française. Les caillots recueillis pèsent 480 grammes. Suites de couches : pathologiques.

19 mai. — 3^e jour après accouchement : 3 heures soir, 37°9. Injection intra-utérine ; injection 20 grammes de sérum Marmoreck.

20 mai. — 4^e jour après accouchement : matin 36°8, soir 37°8. Sérum Marmoreck 20 grammes.

21 mai. — 5^e jour après accouchement : matin 37°6, soir 38°3. Injection intra utérine prolongée. Liquide clair, mais fétidité, gaze iodoformée. Injection sérum Mamoreck, 20 grammes. Sortie en bon état le 3 juin 1897.

B. — Enfant : fille, 2.960 grammes, vivante. Sortie en bon état le 3 juin ; poids : 3.150 grammes.

OBSERVATION XIV (Inédite).

Clinique Baudelocque, année 1897. N° 1764 (Résumé).

Coxalgie droite. — Début à 3 ans. — Arthrite suppurée du genou droit, arthrotomie, guérison sans ankylose articulaire. — Ankylose complète de la hanche. — Aplatissement du côté sain. — Accouchement spontané à terme en OIGA. — Fille vivante, céphalématome. — Poids : 3.700 gr.

A. — J..., 24 ans. II^e pare. Père mort de phtisie à 32 ans. Mère morte d'épithélioma utérin, à 32 ans. Antécédents personnels : A marché à un an. Bien marché jusqu'à 3 ans. Coxalgie droite. A 3 ans, commence à boîter, a marché jusqu'à 5 ans, à ce moment rentre à Trousseau et y reste jusqu'à 9 ans 1/2. En 1889, arthrite suppurée du genou droit sans cause connue (bacilliose probable). Arthrotomie à Cochin (M. T. Anger). Résultat de l'opération parfait. Pas d'ankylose articulaire. Grossesses et accouchements antérieurs. — Premier accouchement : 1893. Expulsion d'un fœtus de 4 mois, vivant.

Grossesse actuelle. Même père. A terme. 34 centimètres de hauteur utérine. Pas d'albumine. Coxalgie droite. Ankylose

complète. Peau : cicatrice linéaire au niveau du genou droit, face externe, longueur 11 centimètres. — Présentation : tête en bas. Non engagée, dos à gauche. Bassin. Côté droit : petit et régulier ; côté gauche : aplati. Ligne innommée accessible, on n'atteint pas le promontoire. Longueur du membre inférieur du grand trochanter à la pointe de la malléole externe, à droite : 78 centimètres ; à gauche : 81 centimètres. Raccourcissement réel de 3 centimètres. Ankylose complète de l'articulation coxo-fémorale droite. De l'épine iliaque antéro-supérieure à la ligne médiane : 15 c. 5 à droite ; 17 centimètres à gauche. Membre inférieur droit est atrophié (squelette et muscles). Aux pieds, le deuxième orteil offre la déformation de l'orteil en marteau. Les deux sœurs ont cette déformation. Pas de signes de rachitisme. Vulve dirigée en bas.

Accouchement spontané. Sommet en G. A., dégagée en OP. Lésions vulvo-périnéales : Nulles. Durée totale du travail : 7 heures. Délivrance par extraction simple 35' après accouchement. Suites de couches : Une seule fois 38°, le troisième jour. Sortie en bon état le huitième jour.

B. — Enfant. Fille 3.700. Vivant. Céphalématome ayant apparu le deuxième jour, siégeant sur le pariétal droit. Sortie en bon état. Poids le neuvième jour : 3970 gr.

OBSERVATION XV (Inédite).

Clinique Baudelocque, année 1297, n° 2814 (Résumé).

Coxalgie droite. — Debut à 10 ans ; traitée par le repos au lit pendant un an ; puis usage de béquilles pendant deux ans guérie par ankylose complète du membre inférieur, luxation en haut et en arrière. — Bassin aplati du côté malade. — Accouchement spontané prématuré (8 mois 1/2 ?) OIGT. —

Garçon vivant, 3400 grammes. Durée totale du travail : 32 heures 2'.

A.— B..., 24 ans. 1^{er} pare. — Antécédents personnels : A marché à (?), bien jusqu'à 9 ou 10 ans. Coxalgie droite à 10 ans.

Grossesse, 8 mois 1/2. Hauteur utérine : 34 centimètres (1). Ankylose complète du membre inférieur droit avec atrophie du membre. Présentation : Sommet amorcé en gauche transv. Bassin : aplati du côté malade (côté droit). Primipare de 24 ans, dit avoir eu une coxalgie à l'âge de 9 à 10 ans. Plusieurs abcès non traités, qui ont laissé des traces sur la partie externe de la cuisse droite et dans la région lombaire du même côté. Après un an de repos au lit, a marché pendant deux ans avec des béquilles. N'a jamais cessé de marcher depuis. Arrivée à Baudelocque le 14 décembre à 8 heures 1/2 du matin.

Examen. — Palper : Tête en bas, amorcée en gauche. Auscultation : bruits du cœur du fœtus à gauche. Toucher : orifice dilaté comme un franc. Membranes rompues. Tête pointant bien dans le bassin pendant la contraction. Côté droit (côté malade), aplati fortement. Côté gauche normal. Impossible d'atteindre le promontoire. Tête fémorale droite remontant dans la fosse iliaque. Membre inférieur atrophié. Longueur de l'épine iliaque antéro-supérieur au sommet : a) de la rotule à droite : 35 centimètres ; à gauche : 39 centimètres ; — b) de la malléole externe, à droite : 72 centimètres ; à gauche : 78 centimètres. Circonférence de cuisse : à droite, à 8 centimètres de la rotule : 35 centimètres ; à gauche : 42 centimètres ; — à 20 centimètres de la rotule, à droite : 42 centimètres ; à gauche : 52 centimètres ; — Mollet droit : 32 centimètres ; à gauche : 34 centimètres. Température à son entrée : 37°7. pouls : 80. La température reprise dans l'après-midi : 38°. Les contractions

(1) Nous considérons cet accouchement comme étant voisin du terme, en égard : 1° à la hauteur de l'utérus (34 centimètres) ; 2° au poids de l'enfant (3400 grammes).

sont assez fortes, les bruits du cœur bons. A deux heures la dilatation : 2 francs, la tête s'engage. A 3 h., même état. Température : 38° ; injection de 20 grammes de sérum. A 7 heures, dilation de 5 francs. Les contractions sont plus rapprochées et plus fortes. A 9 h. 30, dilatation complète. La parturiente fait des efforts expulsifs et accouche à 10 h. 20 d'un garçon pesant 3.530 grammes. Bi-pariétal : 9 centimètres. Température : 38°5, pouls : 112. Injection utérine prolongée.

Accouchement spontané prématuré (?) (8 mois 1/2). Sommet gauche transverse, dégagé en O.P. Rupture des membranes prématurée. Elles étaient rompues lors de son entrée à l'hôpital. Lésions vulvo-périnéales : Nulles. Durée totale du travail : 32 h. 20. Délivrance par extraction simple. 40' après l'accouchement. Suites de couches à peu près apyrétiques. Une seule fois 38°4, le troisième jour. Injection intra-utérine : Eau claire. 20 grammes de sérum de Marmoreck. Sortie le septième jour sur sa demande expresse.

B. — Enfant, garçon, 3400 grammes, vivant. Bipariétal : 9 centimètres. Poids, le huitième jour : 3.700 grammes.

OBSERVATION XVI (Inédite).

Clinique d'accouchement Baudelocque, 1898. N° 198. (Résumé.)

Coxalgie gauche. — Manifestée à 22 ans. — Traitée par l'immobilisation et l'extension continue. — Aplatissement du côté malade. — Accouchement spontané à terme O. I. D. P. — Dégagement O. P. Garçon vivant. — Durée totale du travail : 8 h. 35.

A. — T. M..., 36 ans (II^e pare), 4 février 1898 à 3 h. 20 du matin. — Antécédents héréditaires : Nuls. — Antécédents personnels : A marché à ? Toujours bien jusqu'à l'époque d'apparition de la coxalgie. Coxalgie gauche à 22 ans. A eu un accou-

chement avant l'apparition de sa coxalgie. Rougeole à 12 ans. Fièvre typhoïde à 27 ans. Grossesses et accouchements antérieurs. Premier accouchement, 1^{er} mars 1883. chez une sage-femme. accouchement spontané à terme (sommet), fille morte 48 heures après sa naissance.

Grossesse actuelle : Péré différent. A terme. Hauteur de l'utérus : 34 centimètres. Pas d'albumine. Présentation : Sommet engagé en D. P. Bassin : Légèrement aplati du côté gauche. A la suite de son premier accouchement (1^{er} mars 1883), cette femme qui, jusque là n'avait rien ressenti dans son membre inférieur gauche, ou plutôt qui n'avait ressenti que de très vagues douleurs, et ceci à l'âge de 17 ans seulement, fut prise de douleurs beaucoup plus vives. On mit ces douleurs à l'actif de l'accouchement, mais, comme elles persistèrent en même temps qu'elles devenaient plus intenses, la patiente se vit forcée de rentrer à l'hôpital Necker, où elle resta pendant six mois dans le service de M. Rigal. Là, on lui fit, d'après ce qu'elle dit, de l'extension continue, puis on la plaça dans une gouttière de Bonnet. On lui mit ensuite un appareil silicaté, la malade pouvait alors se promener avec des béquilles. Elle entra ensuite en chirurgie, toujours à l'hôpital Necker, dans le service de M. Trélat, on la remit pendant quarante jours dans une gouttière de Bonnet. Elle fit, en tout, un séjour de quinze mois à l'hôpital Necker, puis elle entra à l'asile des convalescents du Vésinet où elle resta quinze jours, et reprit ensuite ses occupations d'infirmière. La mensuration du membre gauche donne un raccourcissement d'environ deux centimètre; pas ou peu d'atrophie, car le diamètre du membre gauche comparé à celui du côté sain, est à peine diminué.

Accouchement : Spontané à terme en O. I. D. P. Dégagement en O. P. Lésions vulvo-périnéales : nulles. Durée totale du travail : 8 h. 35. Délivrance par extraction simple. 50 minutes après l'expulsion du fœtus. Le placenta s'est présenté par la face fœtale. Poids : 76. Température : 36°8. Suites

de couches : apyrétiques ; sorti le neuvième jour en bon état.

B. — Enfant : garçon, 3.270 grammes. Né vivant et bien conformé. Sorti en bon état et envoyé en nourrice au biberon, le neuvième jour poids : 3.220 grammes.

OBSERVATION XVII (Inédite).

(Clinique Baudelocque, 1898, n° 381.) (Résumé).

Coxalgie gauche, — Début à 9 ans aurait duré jusqu'à 11 ans.

— Soignée à Berck. — Luxation du fémur en haut et en arrière. — Atrophie du bassin du côté droit, sacro-coxalgie droite (?). — Accouchement spontané à terme O. I. G. A. — Fille vivante, 2.920 grammes.

A. — T. W..., 25 ans (II^e paré). — Antécédents personnels : A marché à 18 mois, Coxalgie gauche. De 9 à 11 ans, soignée à Berck. Accouchement antérieur : Premier accouchement, 17 janvier 1897. Maternité, Spontané à terme, garçon vivant, 2750 grammes, Sommet. Elevé au biberon.

Grossesse actuelle : Hauteur de l'utérus, 33 centimètres. A terme. Pas d'albumine. Squelette : 1° A gauche, de l'épine iliaque antéro-supérieure à pointe de rotule, 40 centimètres ; de pointe de rotule à malléole externe, 34 centimètres. 2° A droite, de l'épine iliaque antéro-supérieure à pointe de rotule, 44 centimètres ; de pointe de rotule à malléole externe, 34 centimètres. Présentat : Tête. Engagement effectué dos à droite (?). G. Tr. L'examen du bassin et des membres inférieurs dénote les particularités suivantes. A première vue, il semble que le membre inférieur gauche soit atrophie, mais les mensurations permettent de constater que le squelette de la cuisse et de la jambe est normalement développé. Le raccourcissement est dû à la luxation de la tête fémorale dans la fosse iliaque à 6 centi-

mètres environ au delà de la cavité cotyloïde. Deux grosses cicatrices, situées l'une à la partie supérieure de la cuisse, l'autre au niveau de l'épine iliaque postérieure et supérieure du même côté, paraissent adhérentes aux plans osseux sous-jacents. Le toucher vaginal fait reconnaître une atrophie assez marquée de l'os iliaque du côté droit, mais à l'encontre de ce que l'on serait en droit de supposer avec un bassin coxalgique, la symphyse pubienne est exactement dans le plan médian. Ce fait, ajouté à la présence de la cicatrice, qui siège à la partie postérieure, donne à penser qu'il y a peut-être ankylose sacro-iliaque du côté droit. d'autant plus que l'épine iliaque de ce côté est à 3 centimètres et demi de la crête sacrée, tandis que l'épine gauche en est distante de 4 centimètres.

Accouchement : Spontané à terme en O. I. G. A. Dégagement en O. P. Lésions vulvo-périnéales : nulles. Durée totale du travail (?). — Délivrance : Par extraction simple, 30 secondes après l'expulsion du fœtus. Poids : 105. Température : 37°1. Suites de couches : apyrétiques. Sortie en bon état le neuvième jour.

B. — Enfant : fille vivante, 2.920 grammes. Sortie en bon état le neuvième jour. Poids : 2.820 grammes.

OBSERVATION XVIII (Inédite.)

Clinique d'accouchement Baudelocque, année 1898,
n° 53 (Résumé).

Coxalgie droite. — Début à 4 ans, a marché dans un appareil jusqu'à l'âge de 10 ans. — Guérie par ankylose incomplète de l'articulation et un raccourcissement de 5 cent. — Accouchement à terme, spontané. — OI DP. dégagement : O. P. — Garçon, 1.870 gr. Mort-né. — Albuminurie.

A. — B... M..., 27 ans. 1^e par. — Antécédents héréditaires : parents vivants et bien portants. Antécédent personnels .

a marché à 2 ans. Coxalgie droite : à 4 ans. soignée. a marché dans un appareil jusqu'à l'âge de 10 ans. Depuis cinq ans douleurs très vives à l'estomac, vomissements très fréquents, ne pouvait digérer que du lait. Depuis sa grossesse. ces vomissements ont presque complètement disparu. Peut manger de tout.

Grossesse : 8 mois 1/2. Hauteur de l'utérus : 28 centimètres à l'entrée ; au moment de l'accouchement, 32 centimètres. Il y a un mois est venue consulter. Pas d'albumine. Très léger trouble à son entrée, le 12 mars. Albumine en notable quantité le 13 mars, mise immédiatement au régime. Squelette : Raccourcissement du membre inférieur droit de 5 centimètres. La partie supérieure du grand trochanter du côté gauche est à 17 centimètres de cette crête. La distance qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'extrémité inférieure de la malléole externe est (le membre inférieur étant étendu) à droite de 72 cent., à gauche de 77 cent. La femme étant debout et les deux pieds reposant sur le plancher par toute leur face plantaire, la crête iliaque et le pli fessier du côté gauche, sont notablement plus élevés qu'à droite. Boiterie assez accusée. Les mouvements d'abduction de la cuisse fléchie sur le bassin, sont beaucoup moins étendus à droite qu'à gauche. Présentation : tête engagement, non effectué, dos à droite D.T. Bassin : le promontoire semble être à gauche du plan sagittal passant par la symphyse, il est à un peu moins de 12 cent. de la sous-symphyse (Funck-Brentano). Albuminurie :

14 mars, albumine :	0 gr. 40,	urine :	1 litre 1/4.
15 mars, albumine :	traces,	urine :	2 —
16 mars, albumine :	0 gr. 30,	urine :	2 —
17 mars, albumine :	pas,	urine :	plus de 2 litres.
27 mars, albumine :			
28 mars, albumine :	0 gr. 80,	urine :	2 litres.
29 mars, albumine :	traces.	urine :	1 — 1/2.
30 mars, albumine :	0 gr. 50.		

Les membranes se rompent spontanément au dortoir le 30 mars, à 7 heures du matin. Le liquide qui s'écoule est vert ; la femme ne prévient pas et elle ne monte à la salle de travail qu'à 1 h. 50 du soir. A ce moment on constate une dilatation de 0,50 ; le liquide est teinté de méconium ; cependant, les bruits du cœur du fœtus sont perçus à droite. La tête est engagée en droite postérieure. Toute l'après-midi les contractions utérines sont fréquentes et énergiques ; la dilatation avance lentement ; à 4 heures elle est de 1 fr. ; les bruits du cœur sont très rapides par moments. A 6 heures la dilatation est de 2 fr., à 7 heures du soir elle est de 5 fr. Les bruits du cœur ne se modifient pas. A 8 h. 55 du soir, la dilatation est complète, les bruits du cœur sont entendus à droite ; à partir de ce moment, la femme s'agite, crie et il est impossible d'ausculter. Les contractions sont presque subintrantes. La période d'expulsion dure 15 minutes, un enfant du sexe masculin, pesant 1.870 gr., est expulsé. Il ne respire pas, on pratique la désobstruction des voies respiratoires. Frictions à l'alcool, bain sinapisé, insufflation. Malgré tous les soins prodigués à l'enfant, la respiration ne s'établit pas.

Accouchement : spontané à terme. Sommet en OIDP. Dégagement en O. P. Lésions vulvo-périnéales : nulles. Durée totale du travail : 26 h. 10. Délivrance par extraction simple 30 minutes après le dégagement. Pouls : 120. Température : 36°,8 avant l'accouchement. Pouls : 116. Température : 37°,5 après l'accouchement. Injection intra-utérine prolongée.

Noyaux albuminuriques anciens dans le placenta. Foyers hémorragiques récents. Sur le bord supérieur du placenta, on trouve une dépression d'environ 2 centimètres de profondeur, ayant un diamètre de 4 cent. sur 3 cent. ; cette cupule contient un caillot de couleur cassis. L'hémorrhagie a fusé le long des membranes sur une étendue de 10 cent. environ. Suites de couches apyrétiques : sortie le 10^e jour en bon état.

B. — Enfant : garçon, 1.870 gr. Mort-né.

OBSERVATION XIX (Inédite.)

Clinique d'accouchement Baudelocque, année 1898,
n° 801 (Résumé).

Coxalgie gauche. — Début à 14 ans ; soignée par un séjour au lit pendant un an et ensuite l'usage de béquilles. — Guérie par ankylose de la hanche en rotation externe. — Accouchement spontané à terme. — Le bassin paraît symétrique. — Fille vivante, 2.700 gr.

A. — B... V..., 22 ans. III^e pare. Antécédents personnels : a marché à (?) Coxalgie gauche : à 14 ans. soignée à Trouseau. Séjour au lit de 14 à 15 ans. De 15 ans à 16 ans 1/2 marche avec des béquilles. A 18 ans, chute, souffre de nouveau de la hanche gauche, soignée 4 mois à Broussais. Grossesses et accouchements antérieurs. même père : Premier accouchement, 1895. Spontané (Sommet), à terme. Garçon. Biberon et nourrice. Mort à 8 mois. Retour de couches, 3 mois après l'accouchement. Deuxième accouchement, 1897, fille. Sommet spontané à terme, délivrance artificielle à la Maternité. Enfant laissée à la Maternité. morte à 6 semaines. avait été nourrie au sein par une nourrice de la Maternité. Retour de couches. 2 mois après l'accouchement.

Grossesse actuelle : A terme. Hauteur de l'utérus : 32 cent.. pas d'albumine. Coxalgie gauche ancienne. Pas d'abcès. Ankylose de la hanche. Membre inférieur gauche en rotation externe, bord externe du pied repose sur le plan du lit. Raccourcissement apparent de 6 cent. Raccourcissement réel : nul (?) Dans la position debout, le pied gauche ne repose sur le sol que par les orteils. Présentation céphalique : non engagée, dos à gauche. Bassin : Fortement incliné à gauche, abaissement du pli fessier droit, inclinaison de la ligne interfessière vers la gau-

che, aplatissement de la fesse gauche. Vulve regardant en avant. Le bassin paraît symétrique.

Accouchement spontané à terme O. I. G. A. Dégagement en O. P. Lésions vulvo-périnéales : nulles. Durée totale du travail (?) Délivrance par expression française. Pouls : 68. Température 37°. Suites de couches pyretiques. Sortie en bon état le 7^e jour.

B. — Enfant : fille, 2.700 gr., vivante. Sortie en bon état le 8^e jour. Poids : 2.850 gr.

OBSERVATION XX (Inédite).

(Clinique Baudelocque, année 1898, n° 1100 (Résumé).

Coxalgie droite. — Début à 8 ans ; soignée par application d'un appareil et séjour au lit. — Guérie par ankyiose et atrophie du membre inférieur droit. — Accouchement spontané à terme. OI DP. — Dégagement en O. S. — Garçon vivant, 3.080 grammes.

A. — H..., 23 ans (II^e pare). Antécédents personnels : A marché à 13 mois. Coxalgie droite, à 6 ans, a porté un appareil pendant 18 mois, puis est restée au lit dans la position horizontale jusqu'à 12 ans et demi, âge auquel elle a recommencé à marcher. A l'âge de 7 ans : Coqueluche suivie d'otite moyenne du côté gauche et de carie des osselets que l'on fut obligé d'extraire ; est atteinte depuis cette époque de surdité presque complète de l'oreille gauche, et complète au moment de ses règles. Grossesses et accouchements antérieurs. Même père. Premier accouchement. 7 mars 1897. (Chez elle). Spontané à terme. Sommet, fille élevée au biberon par la grand'mère jusqu'à 7 mois. Bien portante. Retour de couches au bout de deux mois.

Grossesse actuelle. A terme. Hauteur de l'utérus, 34 centi-

mètres. Cette femme, entrée le 2 juin à la clinique, en est sortie au bout de 8 jours sur sa demande. Elle y revient le 28 juin en travail. Pas d'albumine. Raccourcissement de la jambe droite de 5 centimètres. Au-dessous de l'épine de l'omoplate et un peu en dedans, 4 cicatrices arrondies de la largeur d'une pièce de 20 centimes environ, légèrement gaufrées, rappelant un peu l'aspect des cicatrices vaccinales. Présentation : Tête non engagée en D.T. Mensuration : De l'épine iliaque antérieure et supérieure à la pointe de la malléole externe : Côté droit, 81 centimètres ; côté gauche, 86 centimètres. De l'épine iliaque antérieure et supérieure au bord supérieur du grand trochanter : Côté droit, 9 centimètres ; côté gauche, 11 centimètres. Atrophie du membre inférieur droit (côté malade). Tour de la cuisse, pris à 10 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire fémoro-tibial : Côté droit, 30 centimètres ; côté gauche, 37 centimètres. On ne peut appliquer le membre inférieur droit tendu, contre le plan du lit, sans déterminer une ensellure lombaire assez marquée. Si on mobilise le membre inférieur droit, le mouvement est communiqué au bassin. Les mouvements d'abduction sont supprimés dans l'articulation iléo-fémorale droite. La dilatation est d'une petite paume au moment de l'entrée ; les contractions d'abord régulières pendant une heure, cessent presque complètement jusqu'à huit heures du soir. A ce moment les membranes se rompent spontanément, la tête s'engage *en droite postérieure*. Sous l'influence des contractions, le front apparaît à la vulve ; la tête se dégage très rapidement en occipito-sacrée.

Accouchement : Spontané à terme. Présentation et position. O.I.D.P. Dégagement ; O.S. Lésions vulvo-périnéales : Nulles. Durée totale du travail, 11 h. 30.

Délivrance : Par extraction simple, 40 minutes après l'expulsion du fœtus. Pouls : 80. Température : 36°6. Suites de couches apyrétiques. Sortie en bon état le huitième jour.

B. — Enfant : garçon. 3.080 grammes. Né vivant. Sorti en bon état, le huitième jour, poids 2,940 grammes.

OBSERVATION XXI (inédite.)

(Clinique d'accouchements, Baudelocque, 1898, n° 1258
(Résumé.)

Coxalgie à gauche. — Début dans la première enfance. — Guéries sans ankylose avec raccourcissement de 8 centimètres. Bassin normal (?). — Accouchement spontané à terme O. I. D. P. Dégagement O. P. — Fille vivante 2520 gr.

A. — C. L..., 26 ans. (1^e pare). — Entrée à la salle de travail le 25 juillet à minuit, 30 minutes. Mère morte à 80 ans. Tumeur de l'estomac. Antécédents personnels : À marché à 4 ans. Coxalgie gauche : Etant en nourrice, serait tombée, n'aurait pas été soignée jusqu'à l'âge de 4 ans. A partir de cette époque, serait allée consulter à Trousseau.

Grossesse actuelle : A terme : Hauteur de l'utérus, 33 centimètres. Pouls, 72. Température, 36°4. Pas d'albumine au moment de l'accouchement. Traces pendant la grossesse : Légère cicatrice cutanée à la région rétrotrochantérienne. Présentation : Tête en bas, non engagée, dos à droite. Bassin normal (?). Cette femme aurait fait une chute étant en nourrice, dit-elle. Elle n'aurait pas été soignée jusqu'à l'âge de 4 ans. A partir de cette époque, on la conduisit de temps en temps à la consultation de l'hôpital Trousseau, jusqu'à l'âge de 10 ans. Elle ne se rappelle pas le traitement auquel elle a été soumise. Elle n'a jamais souffert, a toujours bien marché depuis l'âge de 4 ans. — La femme étant couchée sur le lit, on constate un raccourcissement apparent du membre inférieur gauche ; le pied gauche présente un peu d'équinisme, et est légèrement dans l'abduction. En mesurant de l'épine iliaque antérieure et supé-

rière, à l'extrémité de la malléole, on obtient : côté gauche (malade), 74 centimètres ; côté droit (sain), 82 centimètres. — De l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'interligne articulaire fémoro-tibial : côté gauche (malade), 41 centimètres ; côté droit (sain), 48 centimètres. — De l'épine iliaque antérieure et supérieure au bord supérieur du grand trochanter : côté gauche (malade), 7 centimètres ; côté droit, 9 centimètres. Les jambes étant bien étendues, on ne constate pas d'ensellure lombaire. La flexion de la cuisse sur le bassin se fait également bien des deux côtés. On constate une atrophie musculaire très nette des muscles de la cuisse du côté malade. En prenant le périmètre de la cuisse à 10 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du genou, on obtient une différence de 5 centimètres : Périmètre de la cuisse du côté sain : 33 centimètres ; du côté malade : 28 centimètres. Pas d'atrophie des muscles de la jambe.

Accouchement : Spontané à terme en O. I. D. P. : Dégagement en O. P. : Lésions vulvo-périnéales : nulles : Durée totale du travail : 10 heures environ : Délivrance par extraction simple ; Placenta présenté par la face fœtale. Pouls : 63. Température : 37°2. Suites de couches : apyretiques. Sortie sur sa demande le septième jour.

B. — Enfant : fille, 2.520 : Née vivante. Sortie en bon état le septième. Poids 2.480 grammes.

OBSERVATION XXII (Inédite.)

(Clinique d'accouchement Baudelocque 1898; n° 1317.)

(Résumé.)

Coxalgie droite. = Début à 3 ans ; soignée pour deux opérations (resection probable). — Ankylose complète en abduction, raccourcissement du membre droit de 7 cent. 1/2. — Bassin asymétrique légèrement aplati du côté sain. — Ac-

couchement spontané à terme OIGA. — Fille vivante 3400 grammes. — Albuminurie, régime lacté.

A. — H... E... (1^e pare). — 4 août 3 h. 30' matin. Antécédents personnels : A marché à 15 mois. Coxalgie droite : à 3 ans.

Grossesse : A terme, hauteur de l'utérus : 36 cent. 1/2. Pas d'albumine. Albuminurie après l'accouchement. Raccourcissement de la jambe droite de 7 centimètres 1/2, cette jambe ne pouvait être allongée complètement. Aplatissement de la hanche droite. Cicatrice profonde à la fesse droite, reliquat de l'opération qui fut faite lors de la coxalgie. Présentation : Céphalique non engagée, dos à gauche. Léger aplatissement du bassin à gauche et saillie au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite. Cette femme a fait une chute, à l'âge de 18 mois du haut de son berceau : on ne remarqua à la suite de cet accident, aucun trouble du côté de la hanche. C'est vers l'âge de 3 ans qu'elle commença à boiter. Ses parents la firent entrer alors à l'Enfant-Jésus, où on l'opéra deux fois. La femme ne peut donner aucun renseignement sur le traitement et les opérations qu'elle a subi. Elle est rentrée dans sa famille au bout d'un temps assez court, avec une plaie à la fesse droite, plaie qui s'est vite cicatrisée et bientôt après, elle a pu marcher sans avoir besoin d'appui. Aucun autre antécédent pathologique ni personnel, ni héréditaire. Si on examine la femme couchée, on voit à la fesse droite, en arrière du grand trochanter, une cicatrice profonde, circulaire, déprimée en entonnoir. La cuisse est légèrement fléchie sur le bassin avec légère adduction. et ne peut être étendue complètement. L'articulation coxo-fémorale n'offre aucune mobilité ; les mouvements se passent dans la colonne vertébrale et si on essaie d'étendre la cuisse, on voit se produire une profonde ensellure. La hanche droite est aplatie, les muscles de la cuisse sont très atrophiés ; cette atrophie n'atteint pas la jambe dont le mollet est même un peu plus gros que celui du côté opposé. Le membre

inférieur droit présente un raccourcissement de 7 cent. 1/2, mais les deux jambes ont la même longueur (distance qui sépare le bord supérieur de la rotule de la malléole externe : 40 centimètres de chaque côté). Si l'on fait asseoir la femme, on ne constate du côté de la colonne vertébrale qu'une scoliose à peine sensible à concavité gauche. Le thorax est plus saillant plus élargi à sa partie inférieure droite, en arrière; en avant, rien de particulier. Pas d'incurvation des membres. Si la femme se tient debout et pose son pied droit à plat sur le sol, tous ces phénomènes s'accusent. Lorsqu'elle marche, elle pose le pied droit à plat sur le sol, et peut ainsi marcher longtemps sans fatigue; la claudication est assez prononcée. Le toucher manuel pratiqué sous chloroforme par MM. Varnier, Funck et Paquy permet de constater que si le bassin est asymétrique, il ne l'est que très peu et M. Varnier pense qu'il y aura expulsion spontanée du fœtus. La distance qui sépare les deux trochanters est de 35 centimètres. La distance qui sépare le trochanter gauche du pli interfessier est de 18 centimètres; entre ce pli et le trochanter droit, on trouve 16 cent. 1/2. La profondeur de l'ensellure lombaire prise à l'aide d'un fil à plomb rasant l'extrémité des fesses, est de 18 centimètres.

Accouchement. Spontané à terme en O. I. G. A. Dégagement en O. P. Durée de la période d'expulsion, 1 heure. Lésions vulvo-périnéales. Déchirure du périnée, deux points de suture. Durée totale du travail 8 h. 45. Délivrance : Expulsion spontanée du placenta 5 minutes après l'accouchement. Pouls : 65, Température 36°9. Suites de couches : apyrétiques. Albuminurie persistante.

30 juin : Traces d'albumine.

1^{er} juillet : Traces d'albumine, urine 1 litre petite quantité perdue dans les garde-robes.

2 — Traces d'albumine. Urine, 1 litre 1/2, purgatif.

3 — Très faibles traces d'albumine. Urine, 2 litres 1/2.

4 — Plus d'albumine. Reprend le régime ordinaire.

14 — Traces d'albumine. Reprend le régime lacté.

15	—	Traces d'albumine.
16	—	A peine 0 gr. 25 d'albumine.
17	—	0, gr. 25 environ d'albumine.
18	—	Faibles traces d'albumine.
19	—	Plus d'albumine.
20	—	Régime ordinaire.
28	—	Traces d'albumine.
29	—	Traces d'albumine.
4	août :	<i>Accouchement.</i>
8	—	0 gr. 50 d'albumine.
9	—	quelques traces d'albumine.
10	—	3 grammes d'albumine.
11	—	0 gr. 75 —
12	—	0 gr. 75 —
13	—	0 gr. 25 —
14	—	0 gr. 50 —
15	—	0 gr. 50 —
16	—	0 gr. 75 —
17	—	0 gr. 75 —

Sortie en bon état, suivra chez elle le régime lacté, treizième jour après son accouchement.

B. — Enfant : fille, 3.400 gr., née vivante. Sortie en bon état, le treizième jour, poids : 3.541 grammes.

OBSERVATION XXIII (Inédite.)

(Clinique d'accouchement Baudelocque 1899 ; n° 218.)

(Résumé.)

Même femme que dans l'observation XVI. (Voir observation, année 1898 ; n° 198.)

Coxalgie gauche. — Aplatissement du côté malade. — Accouchement spontané à terme. — O. I. G. A. — Fille vivante.

A. — M... 37 ans. (III^e pare). — 3 février, 10 heures matin.

(Voir observation, année 1898, n° 198.) Grossesse antérieure : Père différent pour la première, le même pour les deux dernières. Premier accouchement, mars 1883 : Chez une sage-femme. Sommet spontané à 8 mois. Fille. Morte 48 heures après sa naissance. Retour de couches ? Deuxième accouchement, 4 février 1898, observation 198. Spontané à terme, sommet, garçon 3.270 grammes. Placenta 420. En nourrice, au biberon où il est actuellement. Retour de couches 6 semaines après l'accouchement.

Grossesse actuelle : Troisième grossesse : A terme. Hauteur de l'utérus : 34 centimètres. Pouls : 80. Température : 36°7. Pas d'albumine. Membre inférieur gauche raccourci de 2 cent. 1/2. Flexion possible, mais sensiblement limitée, abduction et rotation impossible. Œdème : Des membres inférieurs surtout à gauche et depuis les derniers mois de la grossesse. Varices superficielles des deux membres inférieurs. Varices profondes du creux poplité gauche. Présentation : Sommet engagé en G. A. Bassin : Leger aplatissement du côté gauche constaté en 1898, observation 198.

Accouchement : Spontané à terme en OIGA, dégagement O. P. Lésions vulvo-périnéales : Nulles. Durée totale du travail : ? Délivrance : Expulsion spontanée 5 minutes après l'expulsion du fœtus. Suites de couches : apyrétiques. Sortie en bon état le huitième jour.

B. — Enfant : fille 3.340, née vivante. Sortie en bon état le septième jour. Poids : 3.260 grammes.

OBSERVATION XXIV (Inédite.)

(Clinique Baudelocque année 1899 ; n° 1913. (Résumé.)

*Coxalgie gauche. — Accouchement spontané à terme. —
Fille vivante 2.740 grammes.*

A. — E... A... Multipare (II^e pare), 4^{er} octobre 1899. (Voir observation X.) Accouchements et grossesses antérieurs :

Premier accouchement, 11 novembre 1896. Baudelocque (obs. 1966) spontané à terme. Sommet. Filles nourries six semaines au sein maternel puis au biberon ; morte à 8 mois de diarrhée (juillet). Retour de couches, 6 semaines après.

Grossesse actuelle : Même père. A terme. Hauteur de l'utérus, 29 centimètres. Pouls : 68. Température 36°3. Pas d'albumine. Tension des parois : moyenne. Présentation : Sommet engagé en G. A.

Accouchement : Spontané à terme. Présentation et position : O. I. G. A. Dégagement : O. P. Durée de la période d'expulsion : 15 minutes. Lésions vulvo-périnéales : nulles. Durée totale du travail : 12 heures. Délivrance : Par extraction simple 20 minutes après l'expulsion du fœtus. Pouls : 68. Température : 36°6. Suites de couches : apyrétiques. Sortie en bon état le onzième jour.

B. — Enfant : fille, 2.770 grammes. Vivante et bien conformée. Sortie en bon état.

OBSERVATION XXV (Inédite).

Clinique d'accouchement Baudelocque. Année 1899 ; n° 2136
(Résumé.)

Coxalgie droite. — Début vers 7 ans (?). — Usage de béquilles jusqu'à 15 ans. — Accouchement spontané à terme OI.D.T. — Dégagement O.P. — Garçon vivant, 3.000 grammes.

A. — S... Multipare (V^e pare) ; 33 ans. 1^{er} novembre 1899 : 5 heures soir. A marché à 3 ans 1/2. Coxalgie droite. Aurait eu une coxalgie vers 7 ans. Dans le plâtre pendant (?). Cette coxalgie serait apparue à la suite d'une chute. Mais déjà avant elle, la malade avait une jambe plus faible et plus maigre (?). Elle a marché avec des béquilles jusqu'à 15 ans. Grossesses et accouchements antérieurs. Le premier père, couvreur, mort

d'accident. Tous les autres, même père. Premier accouchement. 21 avril 1889, chez elle. spontané à terme. sommet. garçon nourri au biberon à la campagne. par une nourrice jusqu'à 2 ans. Mort de méningite à Bicêtre, à l'âge de 3 ans. Bonnes suites de couches. Retour de couches un an après (?). Deuxième accouchement fin septembre 1892 (1). Baudelocque (obs. n° ?) à 7 mois 1/2, siège, garçon, né vivant, mis à la couveuse, mort quelques jours après. Bonnes suites de couches, retour d couches : six semaines. Troisième accouchement. 6 décembre 1897, à Laënnec. Avortement de 3 mois, à la suite d'une asphyxie par l'oxyde de carbone. Restée 5 mois à l'hôpital avec fièvre. Retour de couches ? Quatrième accouchement. 6 décembre 1898, chez elle. Accouchement spontané à terme. Sommet. Garçon nourri au biberon par une nourrice en Normandie, encore actuellement bien portant. Bonnes suites de couches. Pas de retour de couches.

Grossesse actuelle. Pas de règles entre les deux grossesses. Hauteur utérine : 34 centimètres. Poulx : 84 ; température : 37°. Pas d'albumine. Présentation : Tête en bas. non engagée, dos à droite (D.T). Bassin. Face antérieure du sacrum accessible.

Accouchement spontané (près du terme) (2). Présentation et position : Sommet en OI.D.T. dégagé en OP. Durée de la période d'expulsion : 10 minutes. Lésions vulvo-périnéales : Nulles. Durée totale du travail : 6 heures environ. Délivrance par extraction simple, 25' après l'expulsion du fœtus. Poulx : 72, température : 36°9. Placenta, discoïde 520 grammes. présente des signes d'hémorrhagie sous-choriale.

Suites de couches pathologiques :

2 novembre matin ; soir 37°1 ;

3 novembre matin 36°8 ; soir 37°1

(1) Nous avons recherché cette observation, mais nous n'avons pu la trouver. Peut-être la femme avait-elle donné un nom différent de celui qu'elle donne aujourd'hui ?

(2) Etant donnés les poids du placenta et de l'enfant, la hauteur de l'utérus, on peut conclure que l'accouchement s'est fait à terme.

4 novembre matin 37°5 ; soir 37°6 ; pulsations : 88.

5 novembre matin 37°4 ; soir 38°1 ; pulsations : 88. Lymphangite du sein droit.

6 novembre matin 36°8 ; soir 38°1 ; pouls 96. Injection intra-utérine, beaucoup de débris, eau sale.

7 novembre matin : 37° ; pouls : 88 ; soir : 37°9 ; pouls : 92. Lymphangites et crevasses des seins.

8 novembre, matin : 36°8 ; soir : 36°9.

9 novembre, matin : 37°1 ; soir : 37°5.

10 novembre, sortie sur sa demande expresse.

B. — Enfant. Garçon, 3.000 grammes, vivant et bien conformé. Sorti en bon état le 7^e jour. Poids : 2980 grammes.

OBSERVATION XXVI (Inédite).

(Baudelocque, 1900, n° 1974 (Résumé).

(Voir année 1897, n° 1764).

Coxalgie droite. — Ankylose complète. — Accouchement spontané à terme. — OIGA. — Fille vivante.

A. — C... 27 ans (III^e pare), 18 octobre, 5 heures soir. Antécédents héréditaires : Père mort de tuberculose pulmonaire à 33 ans ; mère morte à 35 ans. Cancer utérin (?). Antécédents personnels : A marché à 1 an. Coxalgie droite : à 3 ans. Rougeole et coqueluche dans l'enfance. En 1889 : Arthrite suppurée du genou droit. Cause inconnue. Arthrotomie à Cochin. résultat parfait. pas d'ankylose articulaire. Grossesses et accouchements antérieurs : 1^o 1893 : Avortement de 4 mois. Retour de couches, 6 semaines après. 2^o 29 septembre 1897 : Baudelocque, n° 1764 (obs. XIV). Accouchement spontané à terme. Fille. Sommet. Vivante. Nourrie au sein maternel pendant 1 an. Retour de couches après l'allaitement.

Grossesse actuelle : A terme. Hauteur de l'utérus : 35 centi

mètres. Derniers rapports. il y a 15 jours. Pas d'albumine. Coxalgie droite : Ankylose complète. Cicatrice au niveau du genou droit. Présentation : Tête en bas non engagée, dos à gauche. Bassin normal à droite. Aplati à gauche.

Accouchement : Spontané à terme. Présentation et position : O.I.G.A. Dégagement : O.P. Période d'expulsion : 10 minutes. Lésions vulvo-périnéales : Nulles. Durée totale du travail : 3 h. 45.

Délivrance : Par extraction simple. Placenta, s'est présenté par son bord. Insertion latérale du cordon à 4 centimètres du bord. Température : 36°7 ; Pouls : 69. Suites de couches : apyrétiques. Sortie sur sa demande expresse le huitième jour.

B. — Enfant, fille, 3.500 grammes. Née vivante. Sortie en bon état, le huitième jour. poids 3.800 grammes.

OBSERVATION XXVII (Inédite)

Clinique Baudelocque, année 1900, n° 2267. (Résumé).

(II^e pare.)

Coxalgie à gauche. — Début à 4 ans. — Résection de la hanche. — Pas d'ankylose. — Aplatissement du côté sain. — Accouchement spontané à terme. — O. I. G. A. — Albuminurie. — Garçon vivant, 3.500 grammes.

A. — B..., H..., 22 ans (II^e pare), 4 décembre, 8 h. 1/2 soir. — Antécédents héritaires : Père mort à 40 ans (?), mère morte. — Antécédents personnels : A marché à 18 mois. Coxalgie gauche à 4 ans. résection de la hanche à 7 ans. — Grossesse et accouchement antérieur : 1^{er} novembre 1898, chez elle. Accouchement spontané à terme. Sommet. Fille nourrie au sein maternel pendant six mois, puis au biberon, nourrice mercenaire, morte à 17 mois. Retour de couches après l'allaitement.

Grossesse actuelle : A terme. Hauteur de l'utérus : 32 centimètres. Dernier rapport sexuel il y a un mois. Albumine dans les urines. Coxalgie gauche. Tête en bas, non engagée, dos à gauche. Auscultation : A gauche et au dessus de l'ombilic. La femme présente à son entrée à la clinique Baudelocque (29 oct. 1900), les signes d'une coxalgie gauche datant de l'âge de 4 ans, pour laquelle elle aurait été soignée à Berck-sur-Mer pendant 6 ans 1/2. Premier grattage d'abord, puis résection (Cazin). Les plaies opératoires seraient restées fistuleuses pendant longtemps, et ne se seraient cicatrisées que depuis trois ans. Actuellement, on constate chez cette femme, à la hanche gauche, deux grandes cicatrices assez déprimées, blanc nacré ; l'une située en avant et en haut, un peu au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche, fusiforme, cicatrice due au grattage ; l'autre située au-dessous et un peu en arrière, plus déprimée que la précédente, en forme de croissant à concavité antéro supérieure, cicatrice de la résection. De plus, une cicatrice plus petite moins déprimée, à contours plus irréguliers que la précédente, à la base du triangle de Scarpa. Cicatrice ancienne d'un abcès qui se serait ouvert avant la résection. Petites cicatrices disséminées sur différents points de la cuisse et de la jambe gauche (abcès anciens). Les mouvements de la hanche ne sont pas conservés dans toute leur intégrité. Les mouvements de flexion de la cuisse sur la hanche sont libres. Mais l'extension ne se fait pas complètement. Les mouvements d'abduction de la cuisse sur le bassin, entraînent ce dernier. Les mouvements d'adduction sont beaucoup plus étendus. Distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure au sommet de la malléole externe : à gauche, 59 centimètres ; à droite, 76 centimètres. Distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la partie postérieure et supérieure du condyle interne : à gauche, 26 centimètres ; à droite, 38 centimètres. Circonférence de la cuisse à la partie moyenne : à gauche, 30 centimètres ; à droite, 40 centimètres. — Au toucher, on constate : un aplatissement assez notable de l'os iliaque du côté droit. La

ligne innommée de ce côté, paraît redressée. Le promontoire est très difficilement accessible.

Accouchement. : Spontané, à terme. Présentation et position, OIGA. Dégagement, OP. Durée de la période d'expulsion, 10 minutes. Lésions vulvo-périnéales, nulles. Durée totale du travail, 4 heures. — Délivrance : Par extraction simple, une demi-heure après l'expulsion du fœtus. Placenta expulsé par son bord, présente des infarctus blancs et des granulations calcaires. Poids : 570 grammes. Pouls. 120. Température : 37°8. Suites de couches : apyrétiques. — Albuminurie : Le 30 novembre, depuis 15 jours, un très faible trouble dans les urines avait fait prescrire du lait en remplacement du vin. Le 29 novembre, nuage albumineux très net s'étant montré, on met la femme au régime lacté absolu. Purgatif.

1 ^{er} décembre :	Albuminurie,	0 gr. 50.	Urine,	1 litre 1/2.
2	—	—	0 gr. 50	— 1 litre 1/2.
3	—	—	1 gr. 25	— 2 litres.
4	—	—	0 gr. 50	— 1 lit. Accouché.
5	—	—	0 gr. 75.	
6	—	—	0 gr. 50	
7	—	—	0 gr. 50.	
8	—	—	0 gr. 25.	
9	—	—	Traces.	
10	—	—	Traces.	
11	—	—	0 gr. 50.	
12	—	—	Traces.	
13	—	—	—	
14	—	—	—	
15	—	—	—	

Sortie en bon état, le douzième jour.

B. — Enfant : Garçon, 3.500 grammes. Né vivant et bien conformé. Sorti en bon état le onzième jour. Poids, 3.700 gr.

OBSERVATION XXVIII (Inédite).

(Clinique Baudelocque, année 1901, n° 962.) (Résumé.)

*Coxalgie droite. — Accouchement spontané à terme O.I.G.A.
— Fille vivante, 3.300 grammes.*

A. — E. H..., 28 ans (II^e pare), 4 juin, 11 heures du matin. Coxalgie droite. Déjà accouchée à Baudelocque. 4 août 1898. Accouchement spontané à terme. Fille. Sommet, nourrie au sein maternel pendant quinze mois. Vivante et bien portante. Retour de couches : quinze mois après l'accouchement. (V. Observation XX).

Grossesse actuelle : Même père. A terme. Hauteur de l'utérus : 44 centimètres (1). Derniers rapports sexuels : avril. Au point de vue de l'albumine, il n'a pas été fait d'examen pendant la grossesse. Au moment de l'accouchement, il y avait un léger trouble. Présentation : Sommet engagé en O. I. G. A.

Accouchement : Spontané à terme en O. I. G. A. Dégagement : O. P. Lésions vulvo-périnéales : nulles. Durée totale du travail : 14 h. 15. Délivrance : Par expression française, 30 minutes après l'expulsion du fœtus. Poids : 72 ; température : 37°2. L'enfant présentait un circulaire du cordon passé par dessus les épaules. Suites de couches : apyrétiques. Sortie en bon état le huitième jour.

B. — Enfant : Fille, 3.300 gr. Née vivante. Sortie en bon état le 7^e jour. Poids : 3530.

(1) Il doit y avoir une erreur, car l'observation n'indique rien d'anormal du côté de l'œuf (Hydramnios par exemple). D'autre part le fœtus était engagé lors de la mensuration de l'utérus et il n'avait pas un volume exagéré. Il y a donc toute vraisemblance pour qu'il y ait eu confusion avec 34 centimètres probablement.

OBSERVATION XXIX (Inédite)

Clinique Bandelocque, 1901. n° 2.048, VI^e pare (Résumé).

Coxalgie gauche. — Début à 11 ans. — Accouchement spontané à terme. — Fille vivante O. I. G. A.

A. — L... M..., 34 ans. VI^e pare. 24 novembre à 1 heure du soir. — Antécédents héréditaires : père mort à la guerre à 30 ans, mère morte de tuberculose à 32 ans. Antécédents personnels : a marché à 13 mois. Coxalgie gauche à 11 ans, soignée à Sainte-Eugénie puis à Berck. Variole à 18 mois. Erysipèle à 16 ans. Soignée à Bichat 3 mois. Bronchite à 30 ans. Souvent enrhumée depuis. Grossesses et accouchements antérieurs, même père : Premier accouchement, octobre 1890. Hôpital Bichat. Spontané à terme. Sommet. Garçon. Mort et macéré. Retour de couches, 6 semaines après. Deuxième accouchement, 24 juin 1891, chez elle. Spontané à terme. Sommet. Garçon vivant, mort 1 heure après sa naissance. Retour de couches, 6 semaines. Troisième accouchement, 6 juillet 1892. Lariboisière. Spontané près du terme. Sommet. Fille vivante, nourrie au sein maternel pendant 23 mois. Morte de méningite à 23 mois. Retour de couches, 2 ans. Quatrième accouchement, 8 avril 1896. Lariboisière. Spontané près du terme. Sommet. Fille vivante, nourrie au sein maternel, 6 mois. Morte de convulsions à 6 mois. Retour de couches, 7 mois. Cinquième accouchement, 6 juin 1898. Chez elle. Spontané près du terme. Sommet. Garçon vivant, nourri au sein maternel 17 mois. Retour de couches, 18 mois.

Grossesse actuelle : Sixième accouchement. A terme. Hauteur de l'utérus : 32 centimètres, Derniers rapports : 6 semaines. Pas d'albumine. Squelette. Atrophie du membre inférieur gauche. Présentation : Sommet engagé en O. I. G. A. Auscultation : à gauche.

Cette femme est arrivée à la clinique Baudelocque le 24 novembre, vers 10 heures du matin, ayant perdu les eaux chez elle depuis 1 heure du matin. 1 heure soir : à l'examen. Vue. Atrophie complète du membre inférieur gauche (coxalgie). Hauteur de l'utérus : 32 centimètres. Inclinaison très marquée de l'utérus vers la gauche. Palper : Sommet engagé en G. A., dos à gauche, petits membres à droite. Siège au fond de l'utérus. Auscultation : bruits du cœur, bons à gauche. Toucher : col perméable, membranes rompues. 5 heures du soir : Dilatation comme une petite paume. Les contractions sont très régulières et reviennent environ toutes les cinq minutes. Bruits du cœur bons. 5 h. 45 soir : Dilatation complète. La parturiente fait des efforts expulsifs. un quart d'heure après elle accouche d'une fille vivante, poids 2.600 gr., longueur 46 centimètres.

Accouchement : Spontané à terme, en O. I. G. A. Dégagement en O. P. Durée de la période d'expulsion : 15 minutes. Lésions vulvo-périnéales : nulles. Durée totale du travail : 12 heures. Délivrance : par extraction simple 30 minutes après l'expulsion du fœtus. Placenta, poids : 320 gr. Après la délivrance, période sanglante. Pouls : 92. Température : 37°. Injection intra-utérine. Suite de couches : apyrétiques. Sortie en bon état le 9^e jour.

B. — Enfant : fille, 2,600 gr. Née vivante et bien conformée. Sortie en bon état, le 9^e jour. Poids : 2.800 gr.

OBSERVATION XXX (Inédite).

(Clinique Baudelocque, année 1901, n° 1292 (Résumé).

Coxalgie droite. — Début à trois ans, traitée par immobilisation et extension continue, ankylose en flexion et adduction.

— *Aplatissement, côté sain. — Accouchement spontané à terme. — Fille vivante, O.I.G.A.*

A. — G..., 18 ans (1^{re} pare), 28 juillet, 10 heures du soir. Antécédents héréditaires : Père et mère bien portants : 12 enfants, dont 7 morts (une fille à 31 ans tuberculeuse. Antécédents personnels : A marché à 9 mois. Coxalgie droite : à 3 ans, terminée par ankylose de l'articulation coxo-fémorale droite. Pour cette maladie, elle resta sans soins jusqu'à 6 ans. A cette époque, on s'aperçut d'une déformation de la hanche droite : on appliqua alors un appareil à extension continue qu'elle garda pendant 18 mois.

Grossesse actuelle : A terme. Hauteur de l'utérus : 33 centimètres. Derniers rapports sexuels : Il y a 9 mois. Pas d'albumine pendant la grossesse, ni au moment de l'accouchement. Squelette : Jambe droite plus courte que la gauche. Peau : Normale. Présentation : Sommet engagé en O.I.G.A. Bassin : Aplati du côté sain, incliné du côté malade. La coxalgie fut traitée comme il a été dit plus haut, puis pendant quelque temps, elle eut la permission de se lever, puis l'appareil fut de nouveau appliqué pendant 6 mois encore. Il en résulta un certain allongement de la jambe, mais la déformation était si accentuée, au moment où l'on entreprit le traitement, que le membre inférieur droit resta fortement raccourci. La femme présente la cuisse droite en adduction et légèrement fléchie sur le bassin. La jambe est en extension et le pied en extension forcée sur la jambe, la malade ayant pris l'habitude de s'appuyer sur la pointe du pied pendant la marche. La colonne vertébrale présente une très légère ensellure au niveau de la colonne lombaire, et l'incurvation est plus marquée à droite du côté malade. Il y a asymétrie des plis fessiers, le pli droit étant abaissé.

Accouchement : Spontané à terme en O.I.G.A. Dégagement : O.P. Durée de la période d'expulsion : 15 minutes. Lésions vulvo-périnéales : Légère déchirure de la fourchette.

Durée totale du travail : 6 h. 40. Délivrance : Expression française, 30 minutes après l'accouchement. Pouls : 74 ; température : 37°3. Suites de couches : apyrétiques. Sortie sur sa demande expresse le 7^e jour.

B. — Enfant : Fille. 3.670 grammes. Née bien conformée vivante. Sortie le 7^e jour, poids 3.930 grammes.

OBSERVATION XXXI (Inédite).

(Clinique d'accouchements, Baudelocque, année 1902 ;
n° 110) (Résumé).

*Coxalgie droite. — Accouchement spontané à terme. —
Fille vivante, 4.160 grammes.*

A. — J. C... Multipare (IV^e pare), 28 ans. 4^e Accouchement le 22 janvier 1902. Retour de couches du troisième accouchement (18 octobre 1900), six semaines après. Observations XXVI et XIV.

Grossesse actuelle : (Issue d'un père différent que les précédentes). A terme : Hauteur de l'utérus : 36 centimètres. Vomissements alimentaires légers pendant les 3 premiers mois. Derniers rapports le 2 janvier 1902. Pas d'albumine.

Accouchement : Spontané à terme en O.I.G.A. Dégagée en O.P. Durée de la période d'expulsion, une minute. Lésions vulvo-périnéales. Petite déchirure, un point de suture. Durée totale du travail, 5 heures. Délivrance : Par extraction simple, 5 minutes après l'expulsion du fœtus. Placenta se présente par sa face utérine ; poids : 750 grammes. Cordon inséré à 4 centimètres du bord. Suites de couches : apyrétiques. Sortie en bon état au dixième jour.

B. — Enfant : Fille : 4.160 grammes. Née vivante et bien conformée. Sortie en bon état, le dixième jour, poids : 4.220 grammes.

OBSERVATION XXXII (Inédite).

(Clinique Baudelocque, année 1902, n° 158.) (Résumé.)

Coxalgie gauche. — Debut à 10 ans. — Traitée seulement à 13 ans 1/2 par repos au lit et ensuite par extension continue. — Raccourcissement du membre gauche de 5 centimètres. — Accouchement spontané à terme. — O. I. G. A. — Garçon vivant.

A. — I. D..., 28 ans. Multipare (II^e pare), 31 janvier 1902. Père mort à 46 ans d'une pneumonie. Mère morte à 60 ans subitement (affection cardiaque). Onze enfants. 6 frères et sœurs restent actuellement bien portants. Antécédents personnels : A marché à 1 an. Coxalgie gauche. Début à 13 ans. Variole à 2 ans. Grossesse et accouchement antérieur : 1^o 21 juillet 1900. Agée de 26 ans. Clinique Tarnier. Accouchement spontané à terme. Sommet. Fille. Morte quelques minutes après l'accouchement. Retour de couches 7 semaines après l'accouchement.

Grossesse actuelle : Même père. A terme. Hauteur de l'utérus : 35 centimètres. Dernier rapport au mois de novembre. Pas d'albumine. Squelette : Pas trace de rachitisme. Présentation : Sommet engagé en G. P. Bassin : Asymétrique. Jusqu'à l'âge de 10 ans, rien d'anormal. A partir de cet âge, difficultés de la marche, l'enfant traîne la jambe gauche et tombe souvent en jouant. Les difficultés de la marche augmentent progressivement, la course devient très pénible. A 13 ans, l'enfant s'alite. Les douleurs dans l'articulation coxo-fémorale apparaissent. L'enfant est gardée chez ses parents, le plus souvent au lit. Elle se traîne quelquefois dans la chambre en se soutenant aux meubles. A 13 ans 1/2, pour la première fois, la malade est examinée par un médecin qui conseille de l'envoyer à Paris chez M. le professeur Lannelongue. Ce n'est qu'à 14 ans

que la malade peut être amenée à Paris. En l'absence de M. Lannelongue, elle est hospitalisée à Trousseau dans le service du docteur Legroux. Pendant les trois premiers mois de son séjour à l'hôpital, le traitement consiste dans le repos complet au lit. Au bout de trois mois on pratique l'extension continue.

L'extension est maintenue pendant neuf mois. En dernier lieu, le contrepoids était de 6 kg. 500. Après ces douze mois de traitement, la commune refuse de subvenir aux frais de l'hospitalisation. Et bien que le docteur Legroux désirât continuer le traitement pendant encore dix-huit mois, la malade quitte le service. De retour chez ses parents, la malade garde le lit pendant un mois, puis, se sentant améliorée, elle essaye de marcher et elle y réussit en s'aidant d'une canne. La malade boite, mais peu. Elle ne ressent aucune douleur. De 15 à 17 ans, la malade marche à l'aide d'une canne. La boiterie, dit la femme, ne s'est pas accentuée depuis son départ de l'hôpital. De 17 à 20 ans, étant obligée de travailler, elle travaille assise, et pique à la machine des étoffes de confection. Bien que la malade travaille assise et que le membre inférieur gauche soit immobile, les douleurs réapparaissent dans l'articulation coxo-fémorale : de plus, la boiterie s'accroît jusqu'à l'âge de 23 ans, âge auquel la malade se marie et quitte son métier. Depuis, il n'est survenu aucun changement dans les lésions et aucune douleur. La parturiente est venue à la consultation de Baudelocque tous les 15 jours depuis le 18 novembre. Le membre inférieur gauche a 5 centimètres de moins que le droit. Les muscles sont aussi très atrophiés à gauche. Accouchement : spontané à terme en O. I. G. A. Dégagement : O. P. Durée de la période d'expulsion : trois quarts d'heure. Lésions vulvo-périnéales : nulles. Durée totale du travail : 7 heures. Délivrance : Par extraction simple, 30 minutes après l'accouchement. Poids : 78 ; température : 37°. Placenta 530 grammes. Suites de couches : apyrétiques. Sortie en bon état le dixième jour.

B. — Enfant : Garçon. 3800 grammes. Né vivant et bien con-
formé. Sorti en bon état le neuvième jour. Poids : 3759 grammes.

OBSERVATION XXXIII (Inédite)

Clinique Baudelocque, année 1902, n° 248 (Résumé)

*Coxalgie gauche. — Début dans la première enfance ; traitée
par le repos au lit pendant 4 ans. — Guérie sans ankylose
avec un raccourcissement de 6 centimètres. — Accouchement
spontané à terme. — O. I. G. T. — Garçon vivant :
3.750 grammes.*

A. — A... L.... Primipare. 25 ans. 15 février, 7 h. 30 matin.
Père mort bossu : mère morte à Sainte-Anne. Antécédents per-
sonnels : Coxalgie gauche. Après avoir marché pendant quel-
ques mois, elle est obligée de s'aliter pendant 4 ans. La malade
n'a jamais eu d'autre maladie que celle qui lui est survenue
pendant son jeune âge et pour laquelle elle a dû s'aliter 4 ans.

Grossesse actuelle : Son mari est un rachitique bossu de
petite taille. A terme, au moment de l'accouchement, hauteur
de l'utérus : 34 centimètres. Derniers rapports il y a sept ou
huit mois. Pas d'albuminurie. Squelette. Petite taille. Raccour-
cissement : 6 centimètres et atrophie du membre gauche. Pas
de rachitisme. Présentation : tête en bas non engagée et ayant
tendance à filer dans la fosse iliaque gauche. Promontoire non
accessible. Enfant vivant.

La femme ne peut dire à quel moment elle a commencé à
faire les premiers pas. Comme elle commençait à marcher
seule, elle tomba de son berceau ; depuis ce moment, la marche
devint complètement impossible. Son père la conduisit à l'En-
fant-Jésus, à la consultation ; la malade ne sait pas ce qu'on
prescrivit comme traitement. Elle est restée chez elle, alitée,
pendant quatre ans, et soignée par son père. Au bout de ce

temps, la malade recommence à marcher, mais avec des béquilles, jusqu'à l'âge de 11 ans. Depuis ce moment, elle se sert d'un bâton seulement pour sortir. Elle n'a jamais ressenti de douleurs, sauf après les excès de marche et de fatigue. Actuellement, le membre gauche est atrophié et raccourci. De l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la molléole externe, on trouve à la mensuration : membre gauche : 71 centimètres ; membre droit : 77 centimètres. Il y a une ensellure lombaire prononcée. Lorsque la femme marche, on remarque une claudication très prononcée. L'articulation coxo-fémorale gauche jouit de mouvements assez étendus, mais moins étendus qu'à droite. Pas trace de rachitisme. Le promontoire n'est pas accessible.

Accouchement spontané à terme en O. I. G. T. Dégagement O. P. Durée de la période d'expulsion : 3 h. 30. Lésions vulvo-périnéales, un point de suture. Durée totale du travail : 20 h. 30. Délivrance par extraction simple, 25 minutes après l'expulsion fœtale. Placenta : 550 grammes. Pouls : 80. Température : 37°3. Suites de couches : Une seule fois température 38° le sixième jour. Sortie en bon état le dixième jour.

B. — Enfant. Garçon : 3.750 grammes. Né vivant et bien conformé. Sorti en bon état le neuvième jour. Poids : 3.650 grammes.

OBSERVATION XXXIV (Inédite).

Clinique d'accouchement Baudelocque. Année 1902 ; n° 837
(Résumé.)

Coxalgie droite. — (Voir observations XXV et LVII). *Accouchement spontané à terme O.I.D.P. — Dégagement O.P. — Fille vivante, 3.970 grammes.*

A. — S... Multipare (VII^e pare) ; 36 ans ; 23 mai, 5 heures matin. Grossesses antérieures : Six grossesses. Dernier accou-

chement : Baudelocque, 20 février 1901 ; n° 330, à terme terminé par la manœuvre de Mauriceau. Siège décompleté mode des fesses. Garçon. 2.760 grammes, né vivant, nourri au biberon par une nourrice mercenaire. Mort au mois d'août. — Retour de couches : six semaines après.

Grossesse actuelle (même père que pour les dernières, à partir de la deuxième y comprise) : A terme, au moment de l'accouchement. Hauteur de l'utérus ; 34 centimètres. Se repose depuis le commencement de sa grossesse. Derniers rapports : il y a 3 mois. Pas d'albumine. Présentation : Sommet amorcé ; dos à droite.

Accouchement : Spontané à terme en O.I.D.P. Dégagement en O.P. Durée de la période d'expulsion : 5 minutes. Lésions vulvo-périnéales : Nulles. Durée totale du travail 8 h. 5'. Délivrance par expression française, une demi-heure après l'accouchement. Température : 36°8 ; Pouls : 88. Suites de couches : Partie malgré les observations qui lui sont faites pour soigner son enfant atteint de diphtérie au Dépôt : 26 mai 1902. 3^e jour après son accouchement.

B. — Enfant. Fille. 3.970 grammes. Vivante et bien confor-mée. Sortie en bon état emportée par sa mère le 3^e jour après sa naissance.

OBSERVATION XXXV Inédite).

Clinique d'accouchement Baudelocque. Année 1902 ; n° 1339.
(Résumé.)

Coxalgie gauche. — Début à 6 ans ; immobilisation pendant 4 ans. — Accouchement spontané à terme : OIGA. — Fille vivante, 2500 grammes.

A. — B... Primipare, 22 ans. 31 août, à 1 heure soir. Antécédents personnels. — A marche à 16 mois. Coxalgie gauche. Début à 6 ans. Immobilisation pendant 4 ans.

Grossesse (Père livreur en vins), à terme. Hauteur de l'utérus : 30 centimètres. Derniers rapports : trois semaines. Pas d'albumine. Coxalgie gauche. Vieilles cicatrices à la hanche. Présentation : sommet engagé en D. P.

Accouchement spontané à terme, en O. I. G. A. Dégagement en O. P. Durée de la période d'expulsion : 30 minutes. Lésions vulvo-périnéales : Nulles. Durée totale du travail : 5 heures. Délivrance par expression française. Température : 36°8 ; pouls : 76. Suites de couches : apyrétiques. Sortie en bon état le 11^e jour.

B. — Enfant. Fille, 2.500 grammes, vivante et bien conformationnée. 2^e jour : 2.490 grammes ; 3^e jour : 2360 ; 4^e jour : 2.360 ; 5^e jour : 2.399 grammes ; 6^e jour : 2.390 grammes. Ophtalmie de l'œil droit. Irrigations matin et soir au permanganate de potasse. 6 septembre, 7^e jour : 2.440, deux irrigations au permanganate. Il s'écoule toujours du liquide citrin. 7 septembre, 9^e jour : 2.390. Nouvelles irrigations matin et soir ; M. le docteur Delestre instille quelques gouttes de nitrate d'argent dans chaque œil. 8 septembre, 9^e jour : 2.360 ; nitrate d'argent dans chaque œil, irrigations au permanganate. 9 septembre. Enfant parti aux Quinze-Vingts.

OBSERVATION XXXVI (Inédite).

Clinique d'accouchement Baudelocque, année 1902, n° 1766.
(Résumé.)

Coxalgie gauche. (Voir obs. X et XXIV). — Accouchement spontané à terme. O. I. D. P. Dégagement O. P. — Fille vivante, 3.120 grammes.

A. — A... Multipare (III^e pare) ; 30 ans. 20 novembre. — Dernier accouchement. (II^e acc.), 2 octobre 1899, Baudelocque (obs. 1913) spontané à terme. Fille vivante nourrie

au biberon par une nourrice mercenaire pendant un an ; vivante actuellement. Retour de couches : 6 semaines après l'accouchement.

Grossesse actuelle : Même père, peintre en bâtiments, 33 ans. A terme. Hauteur de l'utérus : 33 centimètres. Derniers rapports, il y a quatre jours. Pas d'albumine. Tension des parois : moyenne. Présentation : sommet engagé en D. P. Auscultation : bonne à droite.

Accouchement : spontané à terme en O. I. D. P. Expulsion : O. P. Durée de la période d'expulsion : 10 minutes. Lésions vulvo périnéales : nulles. Durée totale du travail : plus de 3 h. 40 min. Délivrance : par extraction simple, 30 minutes après l'expulsion. Température : 36° ; pouls : 72. Suites de couches : apyrétiques ; sortie en bon état le 11^e jour.

B. — Enfant : fille, 3.120 grammes, vivante et bien confor-mée. Sortie en bon état le 1^{er} décembre 1902 (10^e jour). Poids : 3.090 grammes.

OBSERVATION XXXVII (Inédite).

Clinique d'accouchement Baudelocque. année 1902. n° 1935.
(Résumé.)

Coxalgie gauche. Début à 5 ans, soignée par application d'un appareil plâtré à deux reprises différentes. Guérie avec ankylose de la hanche. Accouchement spontané à terme O. I. G. A. Fille vivante. 2,600 grammes.

A. — D... Primipare ; 32 ans. 18 décembre, 11 heures du soir. — Antécédents personnels : a marché à 14 mois ; Coxalgie gauche à 5 ans ; appareil plâtré pendant six semaines ; puis marche avec des béquilles pendant un mois ; nouvel appareil plâtré pendant trois semaines, enfin marche avec des béquilles jusqu'à 13 ans. moment où d'elle-même elle cesse de s'en

servir. A été à la consultation de Necker à 14 ans et à plusieurs reprises, où on lui a donné à suivre un traitement pour de l'anémie (bains salins, préparations ferrugineuses), et cela jusqu'au moment de son mariage (26 ans); à 20 ans, attaque de rhumatisme; depuis son mariage, a été encore un peu malade.

Grossesse (Père marchand de vins) : à terme. Hauteur de l'utérus : 32 centimètres. Derniers rapports : 3 mois. Pas d'albumine. Ankylose de la hanche gauche. Tension des parois : moyenne. Présentation : sommet engagé G. A. Auscultation : Bruits du cœur bons.

Accouchement : spontané, à terme, en O. I. G. A. Dégagement : O. P. Durée de la période d'expulsion : 10 minutes, Lésions vulvo-périnéales : deux points de suture. Durée totale du travail : 14 h. 10 min. Délivrance : par extraction simple, 1 h. 5 min. après l'expulsion du fœtus. Pouls : 76. Température : 37°3. Injection intra-utérine. Suites de couches : apyretiques. Sortie en bon état au 9^e jour,

B. — Enfant : fille, 2.600 grammes, née vivante et bien formée. Sortie en bon état le 8^e jour. Poids : 2.380 grammes.

OBSERVATION XXXVIII (inédite)

Clinique Baudelocque. Année 1893. N° 514 (Résumé)

Voir observation XVIII.

Coxalgie et sacro-coxalgie(?) gauches. Accouchement spontané à terme O I G T. Fille vivante 2.180 grammes.

A...-M... M..., primipare, 23 ans. Coxalgie suppurée depuis l'âge de 12 ans jusqu'à 17 ans. Cicatrices déprimées d'abcès, l'une sur la face externe de la cuisse, l'autre à l'extrémité postérieure de la crête iliaque (sacro-coxalgie douteuse).

Grossesse à terme. Aucun accident pendant la grossesse. Pas d'albumine. Sommet engagé en gauche transverse.

Accouchement spontané à terme en O I G T, dégagement en O P. Rupture prématurée des membranes 12 heures avant le début du travail. Lésions vulvo-périnéales nulles. Durée totale du travail, 30 heures. Délivrance par extraction simple 50 minutes après l'expulsion du fœtus. Suites de couches : légère fièvre les trois premiers jours. Était malade depuis 6 jours avant son entrée, grippe. Antipyrine. Sortie en bon état le neuvième jour.

B... Enfant. Fille vivante et bien conformée, 2.180 gr., sortie en bon état le neuvième jour, poids 2.250 grammes.

OBSERVATION XXXIX (Inédite.)

(Clinique d'accouchement Baudelocque, année 1890 ; n° 999.
(Résumé.)

Coxalgie droite. — Début ? Guérie sans ankylose. — Avortement de 4 mois 1/2. — Œuf entier (940 grammes).

A. — X..., multipare (III^e pare). Coxalgie droite : Début dans sa jeunesse. Grossesse antérieure, premier accouchement en 1886, à terme d'une fille vivante qui mourut d'une bronchite à 1 mois. Deuxième accouchement en 1887, à terme d'un garçon vivant, mort d'entérite à 8 mois.

Grossesse actuelle : Avortement de 4 mois 1/2. Dans sa jeunesse, elle aurait été prise de douleurs dans la hanche et le genou droits. Les douleurs revenant par intervalles, n'auraient définitivement cessé qu'il y a trois ans. Membre inférieur droit est un peu plus court que le gauche (1 cent. au plus). Epine iliaque droite un peu plus haute que la gauche. En outre, la cuisse droite est en légère adduction avec rotation en dedans. Pas d'ankylose.

Grossesse : Vomissements de la grossesse. Légère chute sur le ventre ayant précédé l'avortement.

B. — Expulsion d'un œuf entier de 940 grammes (avec placenta.)

OBSERVATION XL (Inédite.)

(Clinique d'accouchement Baudelocque, année 1890, n° 287.)
(Résumé.)

Coxalgie droite (tuberculeuse). — Début à 3 ans 1/2 ; traitée par le séjour au lit pendant 5 ans ; guérie par ankylose. — Aplatissement du côté sain. — Accouchement prématuré terminé spontanément (7 mois 1/2). O. I. D. T. — Dégagement en O. P. — Garçon mort né.

A. — X..., multipare (V^e pare) ? ans. Antécédents personnels : Coxalgie droite survenue à 3 ans 1/2, resta 5 ans au lit, ensuite a marché 1 an avec béquilles. Quatre grossesses antérieures. Première, interrompue accidentellement à 7 mois. Accouchée au forceps à la Pitié. Enfant mort. Deuxième, expulsion spontanée, garçon vivant. Mort de la méningite à 13 mois. Troisième, expulsion spontanée, garçon vivant. Mort à 16 mois de méningite. Quatrième, interrompue à 7 mois. Expulsion spontanée d'une fille actuellement vivante.

Cinquième, grossesse actuelle : 7 mois 1/2. Bassin vicié. La crête iliaque surtout celle de gauche est déjetée en dehors.

Accouchement : en O. I. D. T. Dégagement en O. P. Expulsion spontanée, durée du travail 35 h. 20 minutes. Délivrance spontanée. Suites de couches, apyrétiques. Mère, sortie en bon état.

B. — Enfant : Garçon, mort né, 1280 grammes.

OBSERVATION XLI (Inédite.)

Clinique d'accouchements Baudelocque, année 1891.
n° 1420 (Résumé.)

Coxalgie gauche. — Début à 10 ans. — Soignée par séjour au lit dans gouttière inamovible, séjour à Berck. — Guérie avec ankylose en adduction complète. — Aplatissement du bassin, côté malade. — Raccourcissement du membre inférieur gauche : 12 centimètres. — Accouchement provoqué (ballon Champetier), à 8 mois ; Hydramnios ; syphilis. — Expulsion spontanée en O. P., présentation en O. I. D. T. Fille vivante, 2.610 grammes.

A. — D... , Multipare (VI^e pare), 34 ans. Antécédents héréditaires : père mort d'une affection pulmonaire. 1 frère mort d'une affection cardiaque à 20 ans. 1 sœur morte à 25 ans d'une affection de poitrine, 2 frères et 1 sœur bien portants. Antécédents personnels : a marché à 16 mois. Coxalgie gauche à l'âge de 10 ans, exigeant un séjour au lit de 11 mois. Gouttière inamovible. Après 11 mois, séjour de 8 mois à Berck, puis marche avec des béquilles jusqu'à 12 ans 1/2. A 12 ans, abcès s'ouvrant à la partie supérieure externe de la cuisse gauche. cicatrisation rapide. A 12 ans 1/2, marche avec des souliers orthopédiques. Plus aucun phénomène jusqu'à 22 ans. A cette époque, étant enceinte de 2 mois : première grossesse, nouvel abcès s'ouvrant à 3 cent. au-dessous du premier. Repos au lit d'une semaine. Diathèse spécifique. Première grossesse, 1879, clinique Tarnier : accouchement spontané à terme. Sommet. 36 heures de travail. Garçon, nourri au sein. Mort à 6 mois de convulsions. Deuxième grossesse, 1881, clinique Tarnier : accouchement spontané à terme. Sommet. 24 heures de travail. Fille née vivante. Morte le 20^e jour. Troisième grossesse, 1885,

clinique Tarnier : Spontané à terme (?) Siège. Enfant mort et macéré. 6 heures de travail. Quatrième grossesse, 1887, clinique Tarnier : à 8 mois, accouchement spontané. Sommet. 18 heures de travail. Fille vivante, nourrie au sein. Cinquième grossesse, 1889. Lariboisière : à 8 mois. ballons Tarnier et Champetier. Sommet. Version podalique. Fille vivante, nourrie au sein. Le traitement spécifique n'a été suivi que pour les cinquième et sixième grossesses.

Age de la grossesse : 8 mois. Squelette. Coxalgie gauche. Ankylose de l'articulation coxo-fémorale. Membre gauche en adduction complète, atrophie du membre et de l'os coxal gauche. Raccourcissement de 12 cent. A la partie supéro-externe de la cuisse gauche, 2 cicatrices d'abcès. Au-devant du sternum, 1 cicatrice étendue, dont l'origine est inconnue. Utérus : volumineux. Hauteur, 40 cent. Hydramnios. Présentation : tête, mobile au-dessus du détroit supérieur, dos à droite. Bassin : symphyse pubienne déviée à droite. Aplatissement considérable de la ligne innominée gauche. Vulve déviée à droite. Toucher très douloureux à gauche. Le côté droit paraît sain. 1^{er} novembre, pas d'albumine. 3 novembre, introduction du ballon Champetier, à 10 heures du matin, par M. Pinard. 3 heures soir : début des douleurs très espacées. 6 h. 30 : douleurs deviennent plus fortes. 8 heures : ballon est dans le vagin. Dilatation complète. Expulsion du ballon à 8 h. 10 du soir. La poche des eaux vient fortement faire saillie à la vulve. Mlle Vaillant rompt les membranes pendant que Mlle Galochet maintient fortement la tête au niveau du détroit supérieur. Une grande quantité de liquide amniotique s'échappe pendant que la tête descend. Pas de procidence.

8 h. 45 : expulsion de l'enfant en O. P. Présentation : D. T. Durée totale du travail : 6 h. 20. Lésions vulvo-périnéales : nulles.

Délivrance par extraction simple. Injection intra-utérine. Suites de couches : apyrétiques. Etat de la mère à la sortie : bon.

B. — Enfant : fille, 2.610 gr., frictions mercurielles sous les aisselles dès le jour de sa naissance. Etat de l'enfant à la sortie : bon. L'enfant tête bien. Sortie le 14^e jour. Poids : 2.610 grammes.

OBSERVATION XLII (Inédite.)

Clinique Baudelocque, année 1892, n° 683 (Résumé).
Coxalgie droite. — Debut mal déterminé. — Traitée à 17 ans 1/2 par immobilisation dans une gouttière. — Accouchement prématuré (8 mois) terminé spontanément. — Dégagé en O. P. — Enfant, garçon vivant, 3.600 gr.

A. — D..., 23 ans. Antécédents héréditaires : père diabétique, mort à 52 ans ; mère morte à 34 ans de péritonite aiguë, un frère très bien portant. Antécédents personnels : a marché à 18 mois. Coxalgie droite : marche de canard jusqu'à 5 ans, quand elle a consulté un médecin qui lui a prescrit des bains salés, séjour près de la mer et des bains de sang de bœuf. Depuis l'âge de 5 ans jusqu'à 17 ans 1/2 la malade prétend avoir bien marché, mais elle avait un peu de faiblesse des deux jambes. A 17 ans 1/2, un jour en se réveillant elle a senti, subitement, une douleur forte au niveau de la hanche droite et du genou, et en même temps elle ne pouvait plus remuer la jambe droite. Elle va consulter M. Fr..., à la Charité, qui l'a gardée, en la mettant dans une gouttière et portant le diagnostic de coxalgie « avec quelque chose d'autre, que la malade ne se rappelle pas ». Elle y est restée 5 mois et puis elle est sortie améliorée et elle a marché pendant un an avec des béquilles. C'est depuis ce moment-là qu'elle boite.

Age de la grossesse : 8 mois. Hauteur de l'utérus : (?) Légères migraines. Diminution du murmure vésiculaire au sommet du poumon droit en avant. Accouchement spontané prématuré. Expulsion O. P. Lésions vulvo-périneales. Déchirure

de deux centimètres. Durée totale du travail : 17 h. 25. Délivrance : extraction simple. Suites de couches apyrétiques. Sortie en bon état.

B. — Enfant : garçon, 3.600 gr., vivant. Parti en nourrice au sein, dans le département de la Sarthe.

OBSERVATION XLIII (Inédite)

Clinique d'accouchement Baudelocque, année 1892. n° 934
(Résumé)

Coxalgie droite.— Début à 5 ans.— *Traitée par immobilisation, résection grattage.*— *Accouchement prématuré (?) spontané.*
O. I. G. P. — Garçon vivant.

A. — L... L..., 20 ans. 1^e pare. Antécédents personnels : a marché à 9 mois. Coxalgie droite débutant à 5 ans. Elle reste quatre ans sans marcher. A 9 ans commence à marcher, mais avec difficulté, car la jambe droite est plus courte. A 17 ans, chute, abcès, quatre mois au lit. Après le quatrième mois, résection de la hanche, six mois au lit. A 18 ans 1/2, nouvel abcès, grattage.

Age de la grossesse : 8 mois. Hauteur de l'utérus : 37 cent. Pas d'accidents de grossesse, pas d'albumine. Atrophie considérable de la jambe droite et raccourcissement de 12 cent. Présentation : Sommet non engagé.

Accouchement avant terme (?) spontané en O. I. G. P. Expulsion : O. P. Lésions vulvo-périnéales : nulles. Durée totale du travail : 16 heures. Délivrance : extraction simple. Suites de couches : Température variable, mais n'ayant atteint qu'une fois 38° et ne l'ayant jamais dépassé. Etat à la sortie (?) : Probablement bon, pas de température.

B. — Enfant masculin né vivant : 2.950 grammes. Un circonférent. Etat de l'enfant à la sortie : bon. Poids : 3.110¹/₂ grammes.

OBSERVATION XLIV (Inédite)

Clinique d'accouchement Baudelocque, année 1892 n° 1613
(Résumé)

*Coxalgie droite (?) Début à 1 an (chute). Accouchement prématuré (7 mois et 8 jours) terminé spontanément. O.I.D.P.
— Expulsion en O. P. — Garçon vivant. 2.420 grammes.*

A. — L... M..., 32 ans. 1^o pare. Antécédents héréditaires : père mort alcoolique ; mère morte de la poitrine. — Antécédents personnels : a marché à 1 an ; à ce moment fit une chute à la suite de laquelle elle eut une coxalgie gauche.

Age de la grossesse : 7 mois 1 semaine ; hauteur de l'utérus : 24 centimètres. Pas d'accidents, pas d'albuminurie. Présentation : Sommet non engagé, dos à gauche.

Cette femme a commencé à marcher à l'âge de 1 an. A ce moment, elle fit, dit-elle, une chute à la suite de laquelle elle eut une coxalgie droite. On remarque, en effet, des cicatrices d'abcès au niveau de la cuisse et du pli inguinal. Quatre ans après cette chute elle tomba de nouveau et se fractura le fémur droit. On n'atteint pas très facilement l'angle sacro-vertébral, mais la face antérieure du sacrum est accessible, surtout à gauche. Col long. Enfant vivant. Sommet en bas très mobile.

Accouchement prématuré terminé spontanément en O.I.D.P. Expulsion : O.P. Lésions vulvo-vaginales : nulles. Durée totale : 18 heures environ. Délivrance : normale. Suites de couches apyretiques. Mère sortie en bon état.

B. — Enfant masculin pesant 2.420 grammes, né vivant.

OBSERVATION XLV (Inédite).

(Clinique d'accouchement Baudelocque, année 1893. n° 514.)

(Résumé.)

Coxalgie gauche. — Début à 12 ans. — Sacro-coxalgie droite (?) aplatissement du bassin du côté gauche. — Guérie par ankylose à peu près complète avec adduction et flexion ; ensellure lombaire. — Rupture prématurée des membranes. — Accouchement prématuré (8 mois) terminé spontanément O. I. G. A. — Fille vivante, 2180 grammes.

A. — M. M..., 23 ans. (Primipare), 10 avril 1893. Antécédents héréditaires : Père mort de la fièvre. Mère morte de suites de couches. 5 frères et sœurs morts. Antécédents personnels : A marché à 13 mois. Coxalgie gauche à 12 ans jusqu'à 17 ans. Fièvre muqueuse à 18 ans ayant duré un mois.

Grossesse : 8 mois. Aucun accident pendant la grossesse. Pas d'albumine. Coxalgie gauche guérie. Sacro coxalgie (?) aucune autre lésion tuberculeuse. Sommet engagé en gauche transverse. Bassin : Rétréci du côté de la hanche malade. Symphyse déviée du côté malade. Auscultation : Foyer à gauche. Cette femme a eu une coxalgie de la hanche qui a duré cinq ans., depuis l'âge de 12 ans jusqu'à 17 ans. Sa coxalgie a suppuré comme le prouvent les cicatrices déprimées d'abcès, l'une sur la face externe de la cuisse, l'autre au niveau de l'extrémité postérieure de la crête iliaque. Ce dernier abcès venait-il d'une lésion tuberculeuse de la crête iliaque ou d'une sacro-coxalgie (?). Actuellement le membre inférieur gauche, frappé d'arrêt de développement, est de 8 centimètres plus court que le droit. Ce raccourcissement de 8 centimètres est le raccourcissement apparent ; la différence des deux

membres, mesurés de l'épine iliaque à la malléole externe est de 4 centimètres (72-76). Le grand trochanter est de 4 centimètres au dessus de la ligne de Nélaton. Membre en flexion et adduction. Ankylose presque complète de l'articulation. Enselure lombaire.

Accouchement spontané prématuré (8 mois) en O. I. G. A. Membranes rompues prématurément 42 heures avant le début du travail. Dégagement O. P. Lésions vulvo-périnéales : nulles. Durée totale du travail : 30 heures Délivrance par extraction simple. Suites de couches. Légère fièvre les premiers jours, fin d'une grippe qu'elle avait contracté avant d'arriver à l'hôpital. Sortie en bon état.

B. — Enfant : vivant, sexe féminin, 2.180 grammes. Sortie en bon état le neuvième jour. Poids : 2.250 grammes.

OBSERVATION XLVI (Inédite).

(Clinique Baudelocque, année 1893, n° 809.) (Résumé.)

Coxalgie gauche. — Début à 4 ans, a duré jusqu'à 7 ans; fistule purulente actuelle. — Accouchement prématuré (7 mois 1/2) terminé spontanément O. I. G. A. — Fille vivante; morte le cinquième jour.

A. — C. Z..., 20 ans (Primipare). 4 juin. Antécédents personnels : A marché à 17 mois. Coxalgie gauche, consécutive à une chute faite à l'âge de 4 ans, la maladie a duré jusqu'à 7 ans. Elle a eu dans l'articulation trois foyers purulents. Elle possède encore une fistule purulente. Il y a un mois elle a eu un abcès d'origine tuberculeuse (?) dans le sein droit. A 8 ans, abcès du cou.

Grossesse : 7 mois 1/2. Pas d'albumine. Présentation : Sommet non engage, gauche antérieure. Auscultation : A gauche et en avant.

Accouchement : Spontané prématuré (7 mois 1/2) en O. I. G. A., dégagé en O. P. Lésions vulvo-périnéales : nulles. Durée totale du travail : 7 h. 20. Délivrance : Normale, par extraction simple. Suites de couches apyrétiques. Sortie en bon état. }

B. — Enfant : vivant, féminin. Poids : 2.040 grammes. Mort le 9 juin.

OBSERVATION XLVII (Inédite.)

(Clinique Baudelocque, année 1895, n° 378.) (Résumé.)

Coxalgie droite. — Début à 3 ans. — Accouchement prématuré spontané (8 mois 1/2). — Sommet. — Dégagement en O. P. — Fille vivante, 3.540 grammes.

A. — M..., 34 ans (III^e pare), 8 mois. Antécédents héréditaires : Père mort d'une pneumonie. Mère toussé beaucoup. Antécédents personnels : A marché à 11 mois. Coxalgie à droite à 3 ans. Scarlatine dans le jeune âge. Chlorose. Colpo-périnéorrhaphie en janvier 1892. Grossesses antérieures : I^o Avortement de 4 mois en 1889. Enfant mort et macéré. II^o Basiotripsie (25 octobre 1890, Baudelocque) sur enfant mort, proci-dence du cordon. Le fœtus avec le basiotribe pesait 5.400 gr. Délivrance artificielle. Placenta de 680 grammes. (Même père qui a de fréquentes migraines, maux de gorge, etc.)

Grossesse actuelle : 8 mois 1/2. Pas d'albumine. Squelette : Normal (coxalgie droite à l'âge de 3 ans). Présentation : Sommet, non engagé, dos à gauche.

Accouchement spontané prématuré en O. I. G. A. Dégagé en O. P. Lésions vulvo-périnéales : nulles. Durée totale du travail (?). Délivrance : normale. Sortie en bon état.

B. — Enfant : Fille vivante. Poids 3.540 grammes. Sortie en bon état le dixième jour. Poids : 3.300 grammes.

OBSERVATION XLVIII (Inédite).

Clinique d'accouchement Baudelocque. année 1902, n° 135.
Résumé).

Coxalgie droite. — Début à 13 ans, traitée par le repos au lit pendant quatre mois; pas de suppuration. — Raccourcissement du membre de 4 centimètres en adduction. — Accouchement prématuré (8 mois) terminé spontanément O.I.G.A. — Fille vivante.

A. — B... Primipare, 23 ans. — 26 janvier, à 1 h. 1/2. — Coxalgie droite : Début à 12 ans : a gardé le lit pendant quatre mois ; pas trace de suppuration. Raccourcissement de 4 centimètres du membre inférieur droit, qui est en adduction.

Grossesse : 8^e mois. Hauteur de l'utérus : 31 centimètres. Derniers rapports en juin. Léger nuage d'albumine au moment de l'accouchement. Squelette : Raccourcissement de 4 centimètres du membre inférieur droit. Uterus : présentant un petit fibrome de la grosseur d'une noix siégeant sur le fond de l'organe. Présentation : sommet engagé en G. A.

Accouchement : spontané prématuré (8 mois) en O. I. G. A. Dégagement : en O. P. Durée de la période d'expulsion : 15 minutes. Lésions vulvo-périnéales : nulles. Durée totale du travail : 2 h. 20 min. Délivrance : par extraction simple, 30 minutes après l'expulsion du fœtus. Température : 37°4. Pouls : 96. Placenta. Poids : 440 grammes. Cordon : insertion excentrique à 5 centimètres du bord. Il existait un circulaire. Suites de couches : apyrétiques. Sort sur sa demande expresse le 9^e jour.

B. — Enfant : fille, 2.600 grammes ; née vivante et bien conformée. Sortie en bon état le 9^e jour. Poids : 2.370 grammes.

OBSERVATION XLIX (1).

Clinique d'accouchement Baudelocque, année 1890, n° 413.
(Résumé.)

Coxalgie et sacro-coxalgie droites. — Début à 7 ans, fistulisée ; guérie par ankylose de l'articulation coxo-fémorale. — Epine sciatique droite saillante. — Aileron droit du sacrum très atrophié. — Accouchement provoqué à 8 mois 1/2, terminé par la basiotripsie.

A. — G... Primipare ; (?) ans. Coxalgie droite ; début à 7 ans ; sacro-coxalgie du même côté. Ankylose de l'articulation coxo-fémorale droite ; trois cicatrices suites de trajets fistuleux ; une au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite. Ne peut ni écarter ni fléchir la jambe droite. Raccourcissement considérable de la jambe droite, 5 à 6 centimètres. Toucher : Epine sciatique droite très facilement accessible, arrivant presque au milieu du centre de l'excavation. Il ne paraît plus y avoir de moitié droite du bassin. Toute la ligne innommée est aplatie et rectiligne ; l'aileron du sacrum de ce côté ne permet pas de placer un doigt. — 23 mai, 10 heures matin : on introduit l'excitateur de M. Tarnier ; expulsion spontanée du ballon à 8 heures du soir. — 23 mai, 6 heures : introduction du ballon Champetier : expulsion spontanée à 8 heures du soir. Hémorrhagie occasionnée au moment de l'expulsion du ballon, arrêtée au moyen d'une pince et de la compression au moyen de tampons d'ouate et d'iodoforme. M. le professeur Pinard, avec un orifice à peu près complet, fait la basiotripsie

(1) Comprise dans le Mémoire sur l'accouchement provoqué, dans lequel M. le professeur Pinard a dressé un tableau statistique comprenant 100 cas d'accouchements provoqués par lui dans sa pratique hospitalière. In *Annales de gynécologie*, janvier et février 1891.

d'emblée ; après avoir pratiqué le toucher manuel, il extrait facilement, après un seul broiement, un fœtus de 2.880 grammes, sans substance cérébrale.

B. — Enfant : pesant 2.880 grammes, sans substance cérébrale.

OBSERVATION L (Inédite). -

(Clinique d'accouchements Baudelocque, année 1891, n° 165.)
(Résumé.)

Coxalgie droite. — Début à 11 mois. — Traitée par repos au lit jusqu'à l'âge de 5 ans. — Présentation du siège ; version par manœuvres externes ; accouchement provoqué à 7 mois et demi ; terminé par une application de forceps. — Bassin aplati du côté sain. — Enfant mort-né.

A. — M. G... (Multipare, II^e pare), 27 ans. Coxalgie droite avec ankylose et arrêt de développement de la partie droite du bassin et du membre inférieur droit. (Raccourcissement de 4 centimètres. Bassin : Moins développé à droite, asymétrique, aplati à gauche. A 11 mois serait tombée et est restée couchée jusqu'à l'âge de 5 ans. Coxalgie droite soignée par des cautères dont on voit actuellement les cicatrices. Première grossesse : Accouchement à terme par le sommet avec application de forceps d'un enfant vivant mort à 1 mois. Travail n'ayant duré que 4 heures. Enfant petit.

Deuxième grossesse : Accouchement 7 mois 1/2. Pas d'albumine. Le jour de son arrivée on trouve que la tête est au fond de l'utérus. 22 janvier : Version externe. M. Pinard ramène la tête en bas et constate qu'elle déborde le détroit supérieur surtout à droite où se trouve l'occiput. Il décide de provoquer l'accouchement dans quelques jours. 1^{er} février : S., I. G. A. Version externe. 2 février : O. I. D. T. Enfant vivant. Hauteur

de l'utérus : 34 centimètres. Provocation de l'accouchement à 10 heures 1/2 du matin. M. Pinard introduit le ballon de M. Tarnier. Pas de contractions utérines dans l'après-midi. A 5 heures 45 du soir, le ballon crève, on pratique le toucher et on trouve l'orifice externe et la partie inférieure du canal cervical dilatés, mais on ne parvient pas jusqu'à l'orifice interne qui paraît fermé. A 7 heures 1/2 introduction d'un nouveau ballon Tarnier qui crève à 9 heures 1/2. l'introduction du ballon Champetier provoque des contractions se succédant à intervalles très rapprochés. on donne du chloroforme. A 9 h. 55 (matin), introduction du ballon Champetier. Depuis, les douleurs se succèdent toutes les trois minutes. A 11 heures 55 on pratique l'auscultation et on perçoit les battements du cœur à 0,02 centimètres au-dessus de l'ombilic sur la ligne médiane. La femme urine spontanément à 2 heures. A ce moment M. Lepage constate que la femme a des douleurs qui sont peu fortes, le ballon est très tendu, on retire 60 grammes de liquide, à 3 heures 1/2 on injecte 75 grammes de liquide. A partir de 6 heures les douleurs ont été plus fortes et plus fréquentes. A 10 heures on remplit le ballon au maximum. Tractions sur le ballon. Contractions rares. A 3 heures 1/2 de l'après-midi, on retire 60 grammes. Enfant vivant. A 5 heures 3/4, on remplit le ballon. 3 février : 6 heures du soir, température : 36°5 ; le 4, matin : 39° ; soir : 37°9.

Accouchement : Extraction au forceps le 4 février à 7 h. 22 du soir. Lésions vulvo-périnéales : nulles. Durée du travail : 22 heures. Délivrance artificielle à 7 h. 35 du soir. Mère : Suites apyrétiques. Sortie en bon état.

B. — Enfant. Mort né, garçon, 1.630 grammes.

OBSERVATION LI (Inédite).

(Clinique Baudelocque année 1891 ; n° 1279). (Résumé.)

Côxalgie droite. — Début à 4 ans. — Appareil nendant 7 mois ; béquilles pendant 5 mois. — Guérie par ankylose complète

avec raccourcissement de 3 centimètres. — Promotoire accessible. — D. bi-ischiatique : 8 centimètres. — Accouchement prématuré (8 mois 1/2). — Application du forceps au détroit inférieur (Potocki). — Garçon vivant 2.950 grammes.

A. — A. B.. (Primipare.) 23 ans. Antécédents héréditaires : Père mort à 58 ans de diabète. Mère bien portante. Antécédents personnels : à l'âge de 4 ans, coxalgie droite. Elle est restée pendant 7 mois dans un appareil et a marché avec des béquilles pendant 5 mois. Depuis a toujours bien marché. Elle boite un peu.

Age de la grossesse : 8 mois 1/2. Accidents : nuls. Squelette : Raccourcissement du membre inférieur droit de 3 centimètres. Atrophie légère du membre inférieur droit. Ankylose complète de l'articulation coxo-fémorale. Utérus : incliné à gauche un peu. Engagement : Effectué en O.I. G.A. Bassin : Promontoire accessible. D. bi-ischiatique : 8 centimètres : pas d'albumine.

Extraction par le forceps au détroit inférieur (Potocki) : Très petite déchirure du périnée. Durée totale du travail : 14 h. 15. Délivrance : Normale par extraction simple. Injection intra-utérine immédiatement après la délivrance. Suites de couches : apyrétiques. Mère : Etat bon à la sortie. Sort sur sa demande expresse.

B. — Enfant. Garçon, 2.950 grammes. Né vivant.

OBSERVATION LII (Inédite).

Clinique d'accouchements Baudelocque. Année 1891 ; n° 1593
(Résumé.)

Coxalgie droite. — Début dans la première enfance. — Tous les diamètres sont rétrécis. — Promonto sous-pubien : 9,4 (Pinard). — Accouchement provoqué à 7 mois 1/2. — Ex-

traction au forceps. — Fille vivante 2.230 grammes, mise en coucheuse.

A. — A. P... 25 ans. (Primipare.) Coxalgie droite. A marché à 6 ans. Coxalgie droite : Ne sait à quel âge elle a débuté, dit que c'est de naissance ; sa mère s'en est aperçue quand elle est revenue de nourrice.

Age de grossesse : 7 mois 1/2. Hauteur utérus : 35 centimètres. Grossesse : Accidents nuls. Squelette : Coxalgie droite ; la jambe est atrophiée avec un raccourcissement de 7 centimètres. Peau : Saine. Présentation : Tête en bas mobile ; dos à gauche. Bassin : Aplati à gauche ; diamètre promonto sous-pubien : 10 centimètres (Varnier).

7 décembre. — Pas d'albumine. Tête très mobile.

10 décembre. — M. Pinard examine la femme sous le chloroforme. Vulve qui louche. Diamètre promonto sous pubien : 9,4 ; tous les diamètres sont rétrécis. Le côté gauche est plus aplati que le côté droit, au niveau de la ligne innominée.

11 décembre. — 11 h. 15 du matin, introduction du ballon Tarnier par M. Pinard. Expulsion du ballon à 4 heures du matin le 12 décembre.

12 décembre. — M. Varnier introduit le ballon Champetier, lequel est distendu au maximum (430 gr. de liquide). Douleurs d'abord peu fréquentes. Vers 7 heures du matin, elles commencent à devenir plus rapprochées et plus fortes. Enfant vivant. Début du travail : Midi le 11 décembre, terminaison le 12 décembre à 2 heures de l'après midi. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète (après l'extraction du ballon). Position : Tête mobile au niveau du détroit supérieur (dos à gauche). Extraction à l'aide du forceps à 1 h. 40 le 12 décembre au soir. Lésions vulvo-périnéales : Nulles. Durée totale du travail : 28 heures.

Extraction au forceps : « Sommet en OIGT ; incliné sur pariétal postérieur ; oreille sur le flanc droit du promontoire. Première application : En O.I. G.T ; quelques difficultés pour

commencer le mouvement de spire. puis va. Branches trop ramenées sur ligne médiane, prise bi-auriculaire. Traction en O.I. G.T : La tête reste en transversale, et de mobile qu'elle était, se fixe et se réduit ; on la sent d'abord descendre. puis quand les branches et la traction sont horizontales, le forceps dérape petit à petit. Deuxième application : En O.I. G.T. sur tête remontée en soulevant les manches à gauche. Mais avant de reprendre la traction, je soulève la tête avec le forceps, et j'essaie de tourner l'occiput à gauche par le devant. La rotation commence, mais je ne puis l'achever, il y a résistance. Je retourne en sens inverse par l'arrière, et j'amène la tête en droite sans difficultés. Traction insignifiante : la vessie se vide, la tête descend d'un coup au fond du bassin. Extraction rapide d'un enfant du poids de 2.230 grammes qui est ranimé rapidement sans insufflation (Varnier). Délivrance : Par extraction simple 10 minutes après l'accouchement. Injection intra-utérine, immédiatement après la délivrance. Suites de couches : apyrétiques. La mère sort en bon état le 14^e jour, sans avoir présenté de fièvre.

B. — Enfant, Féminin, du poids de 2.230 grammes. Né vivant. Mis dans une couveuse. Mort le lendemain de sa naissance, d'hémorrhagie méningée.

OBSERVATION LIII (Inédite.)

Clinique d'accouchements Baudelocque, année 1891,
n° 163 (Résumé).

Coxalgie droite. — Début à 4 ans. — Guérie par ankylose et luxation en haut et en arrière. — Diamètre promonto-sous-pubien : 9,6 (M. Pinard). — Accouchement provoqué à 8 mois. — Basiotripsie.

A. — R.... 1^e pare. Coxalgie droite. Antécédents héréditaires : père mort en 1888 à l'âge de 61 ans, d'une congestion cé-

rébrale. Mère morte en 1873, à l'âge de 46 ans, de ? Quatre frères et deux sœurs, dont un frère seul vit encore, âgé de 25 ans, se porte bien. Ne sait pas de quoi sont morts les autres. Antécédents personnels : Ne sait pas à quel âge elle a marché. Coxalgie droite, à 4 ans. Ne se rappelle rien à propos de sa maladie.

Age de la grossesse : 8 mois. Hauteur de l'utérus : 38 cent. Pas d'accidents gravidiques. Squelette. Lordose très accusée, fémur luxé dans la fosse iliaque, en haut et en arrière. Ankylose dans la flexion légère ; arrêt de développement de tout le membre luxé, surtout marqué au niveau de la cuisse. Présentation : Tête en bas en G. A. Non engagée. Gros œuf. Bassin : Oblique à droite. Vulve orientée à droite.

13 décembre : Pas d'albumine.

18 décembre : M. Pinard examine cette femme sous le chloroforme. Diamètre promonto-sous-pubien 9,6. Ligne innominée aplatie à gauche. Bassin de Lenoir.

19 décembre : 10 heures matin. Introduction du ballon Tarnier par M. Pinard. A 9 heures du soir, la parturiente a une contraction et le ballon éclate. 10 heures soir : M. Varnier en introduit un deuxième qui éclate quelques minutes après l'introduction. Il en introduit un troisième immédiatement, qui est extrait par M. Pinard, à midi le 21 décembre.

21 décembre : Extraction du troisième ballon Tarnier et introduction du ballon Champetier, lequel est distendu à son maximum, par 450 gr. de liquide.

22 décembre : 3 heures matin. Extraction du ballon Champetier. Diamètre maximum : 8 cent. Pour l'extraire, il faut exercer des tractions énergiques sur le pédicule orienté tout à fait à droite comme la vulve distendue. Après avoir fait fixer la tête et exploré la poche avec toute la main (sous le chloroforme, rupture artificielle des membranes et exploration de la tête qui est en transversale gauche, au-dessus de l'entrée du bassin, nullement amorcée. « Par acquit de conscience, je tente une application de forceps (Varnier). La cuillère gauche est

placée en arrière et un peu à droite du promontoire ; il est impossible, une fois cette cuillère placée, d'introduire la main gauche pour guider la cuillère droite. Je renonce et fais appeler M. Pinard qui, 3/4 d'heures après, l'enfant étant vivant, pratiqua la basiotripsie d'emblée. Introduction de la branche gauche en arrière et à gauche de la branche droite, en arrière et à droite, ramenée à droite, puis en faisant tourner la tête à l'aide de la branche gauche et du perforateur, on articule dans le diamètre transverse du bassin. Rotation en tâtonnant qui porte l'occiput en arrière et à droite. Dégagement pénible, le manche du basiotribe directement à droite. La face se dégage en haut et à gauche. Pas de difficultés pour l'extraction des épaules, dos à droite. Diamètre de présentation : 5 cent. 05. Tête moulée, prise presque occipito-frontale. Basiotribe forcé. Pas de lésions du périnée. M. Pinard pense que ce bassin n'est justiciable que de l'opération césarienne. »

Lésions vulvo-vaginales : légère érosion de la fourchette. Suites de couches : Une fois 38°, le soir de la basiotripsie. Puis 37°8 et ensuite normale. Délivrance (?) Non indiquée. Injection intra-utérine : 4 litres de biiodure et 12 litres de naphtol. Etat de la mère : bon à la sortie au bout de 12 jours.

B. — Enfant : masculin, 2.270 sans substance cérébrale.

OBSERVATION LIV (Inédite).

Clinique Baudelocque. Année 1895 ; n° 2069.

Coxalgie droite. — Début à 9 ans ; traitée par le repos au lit pendant 1 an, puis par l'usage des béquilles. — Bassin aplati du côté malade ; scoliose compensatrice. — Examen sous chloroforme : sacrum très atrophié dans sa moitié gauche ; fœtus mobile ; ceinture eutocique du professeur Pinard. — Accouchement à terme ; forceps. — Hémorrhagie utérine ; déchirure du périnée. — Suites de couches patholo-

giques. -- *Enfant né étonné, mis en couveuse. Garçon 3.950 grammes.*

A. — G..., 30 ans. Primipare. Père bien portant. Mère morte d'apoplexie. Antécédents personnels : A marché jusqu'à 9 ans. Coxalgie droite.

Grossesse : A terme ; s'est reposée pendant la grossesse d'abord chez elle. puis au dortoir pendant 6 semaines. Pas d'albumine. Très bien portante jusqu'à l'âge de 9 ans n'avait jamais éprouvé jusqu'à cette époque aucune douleur au niveau des membres inférieurs, n'avait pas boité.

A l'âge de 9 ans, elle est tombée de sa hauteur sur le sol en se tordant la jambe. N'avait pas pu se relever sur le moment. Néanmoins, au bout d'un moment a pu marcher jusqu'à chez elle quoique souffrant beaucoup. Le lendemain n'a pas pu se lever ; à partir d'alors a dû garder le lit pendant 1 an. Puis a marché pendant 6 mois avec des béquilles. Depuis lors à toujours boité un peu (elle boitait à l'origine plus qu'aujourd'hui).

Etat actuel. — Le membre inférieur droit est plus maigre que le gauche d'autre part sa longueur est moindre (90 à droite, 93 à gauche de l'épine antéro-supérieure au talon). Néanmoins les deux talons sont au même niveau par suite d'un abaissement de l'épine iliaque du côté droit consécutive à une courbure compensatrice de la colonne vertébrale. En arrière, le pli fessier droit est descendu et le pli interfessier est oblique en bas et à gauche. D'autre part, *il y a aplatissement du bassin du côté malade* (côté droit).

Le 15 novembre la femme est soumise au sommeil chloroformique ; on pratique l'examen du bassin. La portion gauche du sacrum paraît atrophiée et la ligne innommée redressée. Le fœtus est très mobile. On fixe la tête au détroit supérieur à l'aide de la ceinture eutocique.

La femme entre à la salle de travail le 29 décembre à 11 heures du matin. La dilatation est grande comme une pièce

de 5 francs, la tête est très élevée, les membranes intactes. On laisse la ceinture eutocique en place. Les bruits du cœur sont normaux.

A 5 h. 45 soir, la dilatation est complète ; la poche d'eau est énorme, Mlle Roze la rompt, il s'écoule une certaine quantité de liquide amniotique, la tête descend ensuite et se fixe bien au détroit supérieur, puis s'engage dans la partie supérieure de l'excavation. A 8 heures, elle est en G. A. mais on place encore trois doigts entre la tête et le plancher osseux. A 10 h., on ne place plus que deux doigts. On fait pousser la femme. Les bruits du cœur sont anormaux.

A minuit la tête n'a pas progressé beaucoup.

A ce moment la suture sagittale est en oblique gauche et à deux centimètres environ de la face antérieure du sacrum. On ne peut plus mettre qu'un doigt entre le sacrum et la tête. Chevâchement considérable des pariétaux.

M. Bouffe pratique alors une application de forceps dans l'excavation. G. A.

La main droite trouve l'oreille juste au-dessous du promontoire. Le placement de la cuiller gauche, postérieure, est très difficile à cause du promontoire qui est situé précisément au-dessus de la région pariéto-malaire.

A minuit 15 le forceps est articulé, on commence les tractions ; 25 minutes de tractions.

Extraction de la tête à minuit 40. A ce moment, le périnée, très tendu, se rompt sur une étendue de deux centimètres. Extraction totale à 12 h. 40. Délivrance par expression, la femme perd du sang en assez grande quantité au niveau de la déchirure périnéale. Injection intra-utérine très chaude, puis points de suture ; l'hémorrhagie cesse.

Dégagement en O. P. (forceps). Lésions vulvo-périnéales. Déchirure assez considérable (2 cent.) plusieurs points de suture. Durée totale du travail : 23 heures environ. Délivrance : normale. Injection intra-utérine chaude.

Suites de couches : pathologiques.

30 décembre : 38° et 37°6. Injection intra-utérine.

31 décembre : 38°2 et 39°5. Piqure de morphine. Eau-de-vie.
Irrigation continue.

1^{er} janvier : 38°4 et 40°. Lavement de vin à 4 1/2, curetage par M. Bouffe. A 6 heures du soir. température au-dessus de 40°, pouls 120. Le curetage est rendu extrêmement difficile en raison d'un fibrome siégeant sur la face postérieure et dans le segment inférieur de l'utérus et obturant complètement l'orifice interne, il fallut donner du chloroforme et introduire la main dans le vagin pour déplacer le fibrome.

3 janvier. — On enlève la mèche, mais on ne peut faire d'injection intra-utérine. Il existe au niveau de la grande lèvre droite un thrombus non ouvert de la grosseur d'un œuf de poule.

2 janvier : Température, matin : 37°4 soir : 37°5

3 — — — 37°2 — 38°9

4 — — — 37°2 — 37°9

4 — — — 37°1 — 37°4

6 — et jours suivants ; normale.

Sortie le 13 janvier 1896.

B. — Enfant. Garçon 3.950. Né en état de mort apparente, présente un circulaire autour du cou. Battements cardiaques très faibles. Désobstruction des voies respiratoires, beaucoup de mucosités trachéales. Ensuite quelques ensufflations à l'aide du tube Ribemont. La respiration ne tarde pas à s'établir, mais d'une façon irrégulière et spasmodique Bains sinapisés, frictions à l'alcool, etc.

Au bout d'une heure et demie de soins la respiration est assez régulière. mais l'enfant n'a ébauché que trois cris très faibles et n'a pas ouvert les yeux. L'enfant est ensuite placé dans une couveuse. Mort quelques jours après.

OBSERVATION LV

Clinique d'accouchement Baudelocque. Année 1898 ; n° 1001.

*Coxalgie gauche (sans renseignements, femme dans le coma).
guérie par ankylose du membre inférieur en adduction. —
Forceps, difficulté d'application. — Eclampsie. — Femme
morte. — Fille, 2.650, mort née. — Délivrance artificielle.
— O. I. G. A.*

A. — J..., 27 ans. (1^{er} pare) (1). Coxalgie gauche. Age d'apparition non indiqué

Hauteur de l'utérus : 33 centimètres (probablement grossesse voisine du terme, mais, en réalité l'âge de la grossesse n'est pas indiqué). Albuminurie intense. Squelette : Coxalgie gauche. Jambe gauche en adduction. Présentation : Tête. Non engagée. Gauche transverse. Bassin : Coxalgique.

Cette femme est amenée à Baudelocque le 11 juin 1898 à 4 h. 20 du soir par un médecin, qui nous raconte qu'elle aurait eu chez elle des attaques d'éclampsie, depuis 6 heures du matin environ. De 1 h. 20 à 4 heures du soir, il a assisté à six attaques. A 1 heure de l'après-midi, il tenta sans succès une application de forceps.

A son entrée dans le service, la femme est dans le coma ; la température est de 36.9 ; le pouls à 120. L'enfant est vivant. Il se présente par l'extrémité céphalique en gauche transverse. Par le toucher, on constate une dilatation d'un peu plus de 5 franes, les bords de l'orifice sont épais. Bosse séro-sanguine assez grosse. Le bassin présente le type du bassin coxalgique ; l'os iliaque du côté malade est atrophié ; la ligne innominée du côté droit est aplatie.

(1) Observation résumée dans le *Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque*, Année 1898, par M. le docteur Lepage. Steinheil, éditeur, Paris, 1899.

L'examen des urines fait constater la présence d'une grande quantité d'albumine.

On donne du choral et on soumet la femme aux inhalations de chloroforme. Les contractions utérines sont assez régulières.

Première crise dans le service à 4 h. 55.

2^e — à 8 h. 15.

3^e — à 8 h. 35.

4^e — à 9 h. 15.

Après cette dernière crise, les bruits du cœur fœtal qui jusque là avaient été normaux, se ralentissent ; mais la dilatation n'étant pas encore complète, la tête restant élevée, on attend jusqu'à 9 h. 45, à ce moment, la dilatation est d'une paume de main ; la tête est au milieu de l'excavation en G. A. Le liquide amniotique étant normal, la mort de l'enfant n'étant pas certaine, sur les conseils de M. Varnier, M. Paquy fait une application de forceps. On place assez facilement la branche gauche, mais la cuisse gauche en adduction, empêche de placer la branche droite qui ne peut venir se placer symétriquement à la branche gauche, le manche du forceps étant arrêté par la cuisse. Sur le conseil de M. Varnier, M. Paquy applique alors la branche droite la première, et fait ainsi une prise de la tête légèrement oblique. L'extraction est assez difficile ; on est obligé de faire la rotation à l'aide des manches. L'enfant ne peut être ranimé.

Délivrance artificielle sitôt après l'extraction du fœtus.

12 juin, minuit 35, température : 38°5. 14 inspirations à la minute. Pouls : 152. Ventre ballonné ; mains cyanosées. Morte le 12 juin, à 8 heures du matin.

B. — Enfant. Fille, 2.650 grammes. Mort née.

OBSERVATION LVI (Inédite).

Clinique d'accouchement Baudelocque. Année 1898 : n° 1561.
(Résumé.)

Coxalgie droite. — Debut dans la première enfance. — Bassin rétréci dans son diamètre promonto-sous-pubien : 9 cent. 5. — Accouchement à terme terminé par une application de forceps. — Garçon vivant, 3.180 grammes.

A. — J. L... 27 ans ; (II^e pare). 10 septembre. A marché à dix huit mois et a bien marché depuis. Coxalgie droite : De naissance ayant laissé une légère boiterie. Rougeole dans l'enfance. Erysipèle il y a 5 ans. Grossesses et accouchements antérieurs : Premier accouchement. Fausse couche : 5 avril 1896, 2 mois 1/2, survenue pendant une albuminurie. Retour de couches six semaines après.

Grossesse actuelle : A terme. Hauteur de l'utérus : (?) Pas d'albumine. Squelette : Mal développe. Présentation : sommet engagé en D. T. Bassin : Promontoire accessible : 9 cent. 5.

La dilatation étant complète depuis trois heures de l'après-midi, les douleurs ayant cessé depuis 5 heures du soir, sans que la tête ait progressé, le médecin qui la soigne l'amène à l'hôpital à 8 h. 45. M. Funck-Brentano fait alors une *application de forceps* dans l'excavation en droite transversale.

Accouchement : A terme. Forceps dans l'excavation en D.T. (O. I. D.T.). Dégagement : en O. P. Lésions vulvo-périnéales : Nulles. Période sanglante. Durée totale du travail : 33 h. 15. Délivrance par expression française 30 minutes après l'extraction du fœtus. Annexes : Placenta, petits infarctus blancs sur les bords. Suites de couches : apyrétiques. Sortie le 9^e jour en bon état.

B. — Enfant. Garçon : 2.180 grammes. Né vivant. Placé en nourrice au biberon, à Saint-Mandé, le 2^e jour.

OBSERVATION LVII (Inédite)

Clinique Baudeolocque, année 1901, n° 330 (Résumé)

Coxalgie droite (voir Observation XXV). — Présentation du siège, version par manœuvres externes. — Ceinture euto-cique. — Accouchement à terme par l'abaissement prophylactique du pied antérieur et la manœuvre de Mauriceau. — Siège décomplété mode des fesses : S. I. G. T. — Dégagement : S. G. — Garçon vivant. 2.760 gr.

A. — V... S... Multipare (VI^e pare); 35 ans. — 20 février. Accouchements antérieurs : cinq. Pour le dernier : Baudeolocque. 1899, n° 2.136. Accouchement spontané à terme. Sommet. Enfant nourri au biberon par même nourrice. Garçon vivant. Retour de couches : 6 mois après.

Grossesse actuelle : à terme. Hauteur de l'utérus : 33 cent. Dernier rapport il y a six mois. Pas d'albumine. Poumons : râles ronflants et sibilants des deux côtés. Tension des parois : forte. Présentation : fœtus très mobile non engagé.

Cette femme rentre à la clinique le 9 février. On applique la ceinture eutocique après avoir placé la tête en bas, le dos à gauche. Elle commence à souffrir le 20 février 1901, à 3 heures du matin. Conduite à la salle de travail, on constate : siège en bas mobile, tête au fond de l'utérus et à droite, sillon du cou accessible. Dos à gauche. Enfant vivant. Toucher : dilatation de 1 franc ; membranes intactes. poche des eaux volumineuse. A 8 heures, dilatation 2 francs, siège qui tend à fuir dans la fosse iliaque droite. contractions fréquentes. A 8 h. 15, rupture spontanée des membranes ; le toucher, pratiqué aussitôt, permet de constater qu'il n'existe pas de procidence, le liquide s'écoule très abondant, et le siège tend à se fixer en gauche. A 8 h. 45, siège fixé, tendant à s'engager, dilatation 5 francs. On arrive sur le coccyx et le sacrum à gauche, l'anus, les

organes génitaux dans le diamètre transversal. A 10 h. 20 du matin, siège engagé en gauche antérieure. Dilatation : grande, paume ; enfant vivant. A 10 h. 25, il n'y a plus que de la lèvre antérieure. La femme pousse, mais la lèvre antérieure s'ordématie ; le siège ne progresse pas, la femme respire avec difficulté. Les bruits du cœur fœtal qui avaient toujours été à 130, deviennent sourds et rapides. On en compte 165. Mlle Roze, prévenue, fait l'abaissement prophylactique du pied antérieur et l'amène au-dehors. Elle termine l'extraction du fœtus par la manœuvre de Mauriceau. L'enfant naît étonné. On le ranime facilement après désobstruction des voies respiratoires.

Accouchement à terme par la manœuvre de Mauriceau. Présentation et position : S. I. G. T. Siège décomplété mode des fesses. Dégagement : S. G. Lésions vulvo-périnéales : nulles. Durée totale du travail : 8 h. 40. Délivrance : artificielle. Pouls : 84. Température : 37°3. Injection intra-utérine. Suites de couches. Elévation de température insignifiante. Sortie en bon état le 7 mars.

B. — Enfant. — Garçon. 2.760 grammes. Né vivant et bien conformé. Sorti en bon état le quatorzième jour. Poids : 2.630 grammes.

OBSERVATION LVIII (Inédite)

Clinique d'accouchement Baudelocque, année 1901, n° 2.147

Coxalgie gauche. — Début à 8 ans ; coexistence de sacro-coxalgie du même côté. — Soignée par immobilisation dans un appareil. — Opération césarienne conservatrice au début du travail. — Enfant vivant. — Guérison de la mère. — Bassin aplati du côté malade. — Ankylose avec luxation du membre pelvien malade.

A. — L... V..., 28 ans ; primipare, entre à la clinique le 13 décembre 1901. Son père est mort d'une affection abdomi-

nale. Mère bien portante. Elle a marché à 10 mois et n'avait présenté rien d'anormal jusqu'à l'âge de 8 ans.

A cette époque, elle fut prise de douleurs dans le genou gauche, puis dans la hanche du même côté ; douleurs déterminant la claudication : coxalgie gauche.

Trois mois après le début de la claudication, un médecin consulté plaça la malade dans un appareil. Elle y resta dix-huit mois. Au moment où on la retira de l'appareil, le médecin constata la présence d'un abcès siégeant à la cuisse, partie antéro-externe : 1/3 supérieur. Cet abcès fut incisé, la cicatrisation fut lente. Six mois plus tard, apparition d'un nouvel abcès au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche. Cet abcès fut, comme le premier, incisé.

Quelques mois plus tard, troisième abcès dans la région sous-trochanterienne ; cet abcès, très volumineux, fut incisé, et l'os, dénudé, fut gratté.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis l'âge de 11 ans, les lésions sont restées silencieuses. Pas de douleurs, pas de nouvelles collections. Elle reste avec sa boiterie et ses cicatrices d'abcès.

A 13 ans, elle est réglée et, depuis, toujours régulièrement. En 1901, elle devient enceinte pour la première fois.

Dernières règles du 10-18 mars.

Pendant les premiers mois, elle eut des épistaxis fréquentes et un peu de gastralgie ; pas de vomissements. Elle se repose depuis le mois d'octobre et entre à l'asile de l'avenue du Maine, où ses urines sont reconnues non albumineuses. Elle entre à la clinique le 13 décembre. Etat général très bon, ancienne lésion bacillaire en activité ; poumons normaux. Membre inférieur gauche atrophié (raccourcissement de 5 centimètres). Troubles trophiques. Cyanose, un peu d'œdème, refroidissement. Par suite du raccourcissement du membre, la femme marche sur l'articulation métatarso-phalangienne du premier orteil. Trois cicatrices d'abcès dans la région sacro-iliaque gauche, adhérentes aux parties profondes, à 10 et 12 centimètres du grand

trochanter. Ankylose de l'articulation de la hanche avec luxation de la tête fémorale. — Bassin : promontoire à 9 cent. 5 du sous-pubis ; mi-sacro pubien : 10 cent. 3. Asymétrie notable, la ligne innominée gauche est redressée et peut être suivie dans toute son étendue. — (Examen de M. le professeur Pinard.) Hauteur de l'utérus : 32 centimètres. Tête en bas mobile au-dessus du détroit supérieur. Dos à gauche ayant tendance à aller dans la fosse iliaque droite. — M. Pinard, en raison de la complexité de la viciation pelvienne, de l'asymétrie du bassin, d'une lésion ancienne probable de l'articulation sacro-iliaque, décide qu'au début du travail on pratiquera l'opération césarienne conservatrice.

Le 16 décembre, à 10 heures du matin, premières douleurs. Le col est en voie d'effacement, il est perméable à un doigt. A midi 55, M. Hartmann pratique l'opération césarienne. Pendant la toilette vaginale, M. Couvelaire a constaté que le col effacé était dilaté comme 1 franc. Poche intacte. La situation du fœtus est alors celle constatée le jour de son entrée à la clinique.

Opération césarienne pratiquée par M. Hartmann, aidé de M. Couvelaire. Chloroforme. — Longue incision sous-ombilicale agrandie aux ciseaux au-dessus de l'ombilic, pour permettre la sortie de l'utérus gravide hors du ventre. L'utérus est soigneusement isolé de la cavité abdominale par de grandes compresses stérilisées. Pénction au bistouri de la face antérieure de l'utérus. Un jet de sang témoigne de la présence du placenta inséré sur cette face antérieure. L'incision est rapidement agrandie aux ciseaux, pour permettre à M. Pinard d'extraire par les pieds, après la déchirure des membranes vers le fond de l'utérus, l'enfant vivant, qui se met immédiatement à crier. Immédiatement délivrance artificielle par M. Pinard sans particularités. Cette première partie de l'opération a duré 5 minutes. La cavité utérine, soigneusement détergée au moyen de compresses stérilisées, on introduit une mèche de gaze dans l'utérus, mèche qui est refoulée à travers le col dans le vagin.

L'utérus est mou et saigne. M. Hartmann a placé deux clamps sur les tranches de section utérine et les retire. M. Couvelaire ayant empaumé le segment inférieur de la main gauche. Suture en deux plans.¹ Premier plan : surjet à points passés comprenant toute l'épaisseur du muscle ; cette suture est faite au catgut et très facilement. Deuxième plan : séro séreux, surjet aux points passés au catgut ; sur les 4 ou 5 centimètres inférieurs la suture est peu serrée ; mais l'utérus mou augmentant de volume malgré une expression soigneuse qui fait couler le sang à travers la première ligne de suture, M. Pinard fait faire une injection sous cutanée de 2 centimètres cubes d'ergotine. L'utérus, quelques secondes après, se contracte, et son état de contraction rend la suture très serrée, un peu plus délicate et plus longue. Deux ou trois fois le fil coupe ; la suture terminée, l'utérus est remis en place. La cavité abdominale ne renferme pas de sang. Suture du péritoine par un surjet au catgut. Suture musculo-cutanée aux fils d'argent. Pansement stérilisé sans drainage. Durée totale de l'opération : 55 minutes.

Le pouls s'est toujours maintenu bon pendant l'opération et après. Nausées dans l'après-midi, vomissements glaireux vers le soir. La malade perdant un peu de sang, Mlle Roze fait une nouvelle injection d'ergotine. Injection de morphine à 9 heures du soir. Pendant la moitié de la nuit, la malade est agitée. Elle perd, à minuit, un peu de sang en urinant. Malgré cela, son état général est bon. Le pouls, à de nombreuses reprises pendant la nuit, varie entre 76 et 96. 17 décembre : à 4 heures du matin, les vomissements recommencent ; à 10 heures du matin, injection d'une demi-seringue de morphine. Pas de vomissements dans l'après-midi. 18 décembre : la mèche vagino-utérine est retirée teintée de sang et recouverte de quelques caillots. Injection vaginale sans pression. Bon état général, pas de vomissements, gaz rendus par l'anus. 19 décembre : lavement amenant évacuation abondante. 26 décembre : le pansement abdominal est fait après enlèvement des fils. Réunion par

première intention. Le 19 janvier 1902 : sortie en parfait état.
Température :

16 décembre :		soir	37°2
17 —	matin	36°8	— 37°8
18 —	—	38°3	— 38°6
19 —	—	38°	— 38°3
20 —	—	37°7	— 37°6
21 —	—	37°	— 37°2
22 —	—	37°3	— 38°2
23 —	—	36°9	— 37°5

Ensuite, température normale jusqu'à la sortie.

B. — Enfant né vivant. Poids ? (la feuille de l'enfant n'existe pas dans les registres).

OBSERVATION LIX (Inédite.)

Clinique Baudelocque, année 1902, n° 593.

Coxalgie double. — Début à 5 ans. — Soignée dans le service du professeur Kirrison. — Extension continue et opération aux deux hanches successivement. — Traces de rachitisme. — Diamètre promontb-sous-pubien, 6 centimètres (Pinard). — Ankylose des deux articulations coxo-fémorales. — Grossesse à terme. — Opération césarienne conservatrice au début du travail (Baudron). — Guérison de la mère. — Garçon vivant, 3.240 gr.

A. — E..., Primipare, 25 ans. Entrée au dortoir, le 27 mars. — Opérée, le 11 avril 1902.

Antécédents héréditaires : D'après les renseignements que fournit cette femme, son père, âgé de 50 ans, serait bien portant. Sa mère est morte en 1890, à l'âge de 43 ans de tuberculose.

pulmonaire et laryngite. *Elle boitait depuis son enfance* : vraisemblablement, elle était atteinte de coxalgie. Un frère n'a jamais été malade.

Antécédents personnels : Nourrie au sein maternel pendant 4 mois, puis au biberon, cette femme ne se rappelle pas exactement la date à laquelle elle a commencé à marcher seule : elle sait seulement qu'elle a marché de bonne heure. A l'âge de 4 ans, elle eût de l'ophtalmie qu'on soigna chez elle, à Souppes (Seine-et-Marne), où elle était élevée par ses parents.

Coxalgie double : Peu de temps après, c'est-à-dire vers l'âge de 5 ans, elle commença à souffrir des deux membres inférieurs et particulièrement au niveau des hanches. On crut d'abord à de la fatigue où à une chute et ses parents la conduisirent à un médecin du voisinage qui regarda ces douleurs comme des phénomènes de croissance et prescrivit de l'huile de foie de morue à haute dose. L'état de la petite malade ne s'améliora pas et elle passa successivement entre les mains de tous les médecins et rebouteurs du pays. A l'âge de 8 ans, elle ne pouvait plus marcher du tout, même avec des béquilles; elle passait son temps, soit au lit, soit sur une chaise. A l'âge de 10 ans, l'état général s'aggravant de plus en plus la malade fut amenée à Paris « courbée en deux ». Elle fut admise à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Kirmisson. Elle y resta 18 mois. On lui appliqua d'abord un appareil à extension continue sur les deux membres inférieurs. Au bout de 3 mois, on l'opérait de la hanche droite, 4 mois après de la hanche gauche. Elle sortit de l'hôpital pouvant marcher avec des béquilles. Elle retourna en Seine-et-Marne où, quelque temps après, elle abandonnait une de ses béquilles, puis l'autre, et finalement à 12 ans 1/2, elle recommençait à marcher seule. Réglée à 13 ans 1/2 régulièrement; elle exerce depuis l'âge de 14 ans le métier de couturière, pique à la machine des étoffes légères. Elle ne suit aucun régime spécial, elle prend toutefois du sirop d'iodure de fer.

Les dernières règles datent du 20-25 juillet 1901. Pas de rap-

ports depuis 7 mois. Dès le début de sa grossesse, cette femme vint à Paris, se plaça comme domestique chez une dame où elle n'eût pas de fatigues. Cette dame, ancienne sage-femme, lui conseilla de venir à l'hôpital, et c'est pourquoi elle entre à la clinique le 27 mars. Rien de particulier pendant sa grossesse, ni pertes ni vomissements. Pas d'albumine.

Etat actuel : Taille, 1 m. 46. Elle marche assez bien, légèrement penchée en avant, ne déhanche pas, mais jette les pieds en dehors; toutefois, les genoux ne frottent pas l'un contre l'autre. De chaque côté, on voit au niveau des hanches de nombreuses cicatrices : une énorme de chaque côté au niveau du grand trochanter, d'autres plus petites. A droite : deux dans le pli de l'aîne dont l'une est suintante et dégage une odeur fétide. Deux sur face antérieure de la cuisse 1/3 supérieur. A gauche : une à la face antéro-interne de la cuisse, immédiatement au-dessous du pli de l'aîne. Une en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure. Traces de rachitisme : légère incurvation des tibias, et nouures chondro-costales. Ensellure lombaire prononcée avec légère cyphose-dorsale. Les membres inférieurs sont presque accolés, les mouvements excessivement limités. Dans la flexion, le bassin se relève en masse et l'ensellure lombaire disparaît. L'abduction est impossible et l'écartement forcé des genoux admet à peine la main de champ. La rotation et la circumduction sont également impossibles. On note de l'atrophie musculaire, mais pas de troubles trophiques. La vulve n'est pas apparente et se trouve reportée en arrière.

Hauteur de l'utérus : 39 cent. (le 8 avril). Paroi : tendue, rend palpation assez difficile. Sommet non engagé en gauche transverse. Auscultation : bonne à gauche. Au toucher, on constate que le promontoire est très saillant. Le diamètre promonto-sous-publien = 8 cent. 5. Col intact. Etat général : bon. Poumon et cœur : normaux. Le 7 avril : Examen fait par M. Pinard, qui décide qu'une opération césarienne conserva-

trice sera pratiquée dès que la femme entrera en travail. en raison :

1° De la viciation du bassin qui est asymétrique, et dont le diamètre promonto-sous-pubien est de 6 centimètres environ.

2° De l'ankylose des deux articulations coxo-fémorales, qui empêche tout écartement des cuisses.

3° Des trajets fistuleux siégeant des deux côtés du bassin et dont quelques-uns, voisins de la vulve, suppurent encore.

Opération : Le 11 avril à 3 h. 1/2 du soir, la femme commença ressentir quelques douleurs. Elle ne s'en plaint que vers minuit et est amenée immédiatement à la salle de travail. M. Pinard, averti par téléphone, conseille de faire une opération césarienne conservatrice.

La femme est rasée, lavée, sondée. A ce moment, on remarque entre ses jambes sur la table d'opération, une certaine quantité de liquide clair, qui fait penser que les membranes viennent de se rompre. A 1 h. 45, elle est anesthésiée au chloroforme. M. Baudron, assisté de MM. Paquy et Delestre, incise verticalement la paroi abdominale, sur une longueur de 15 centimètres environ; le milieu de l'incision, correspondant à peu près à l'ombilic. On protège le sillon inter-utéro-abdominal par des compresses, pour empêcher l'écoulement des liquides dans le péritoine.

L'utérus est ouvert *in situ*. M. Baudron fait d'abord sur la face antérieure de l'utérus, à sa partie moyenne, une petite incision au bistouri, qu'il agrandit immédiatement sur les doigts vers le fond, lui donnant une longueur totale de 10 à 12 centimètres environ. Il trouve de suite le placenta inséré sur la face antérieure, le traverse avec la main et va saisir les pieds du fœtus qui est extrait à 2 heures. Au moment où la tête passe à travers la boutonnière utérine, elle déchire légèrement le tissu utérin à la partie inférieure de l'incision, prolongeant ainsi celle-ci de 2 centimètres obliquement en bas et à droite. L'utérus est alors luxé hors de la cavité abdominale, et la partie supérieure de l'incision de la paroi, provisoirement fermée

à l'aide de pinces. L'utérus repose alors sur un lit de compresses aseptiques. Décollement du placenta et des membranes qui sont déchirées. Une mèche iodoformée de 80 centimètres de long, est tassée dans la cavité utérine et son extrémité inférieure, est poussée jusqu' dans le vagin..

L'écoulement sanguin est insignifiant. Néanmoins M. Delestre saisit à pleine main gauche, le segment inférieur qu'il enserre, tandis que M. Baudron suture l'utérus, d'abord en affrontant les bords de la plaie avec des points séparés au gros catgut, puis suture séro-séreuse par un surjet au catgut fin. Pendant ce temps, on fait une injection d'ergotine. La paroi abdominale est suturée en un seul plan, au moyen de crins de Florence. Drainage du cul-de-sac vésico-utérin au moyen d'une petite mèche. La durée totale de l'opération, pansement compris, a été de 35 minutes. Il s'écoule par le vagin une quantité moyenne de sang. La température est de 37°. Le poulx ? A 5 h. 30 du matin, nouvelle injection d'ergotine.

13 avril, matin. Raccourcissement de la petite mèche abdominale. Raccourcissement de la mèche utéro-vaginale.

14 avril. Raccourcissement de la mèche utéro-vaginale.

15 avril. Ablation des deux mèches; petit drain à l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Suites de couches. Température et poulx :

12 avril, matin 37°6, 92; soir : 33°, 108.

13 — 37°4, 100; — 38°1, 100, la malade va spontanément à la selle.

14 avril, matin, 37°8, 108; soir, 38°5, 112.

15 — 38°, 112; — 38°6, 116. On enlève la mèche abdominale, il vient des caillots et de la sérosité.

16 avril, matin, 37°2, 88; soir, 37°7, 76.

17 — 37°1, 76; — 38°, 96. Drain enlevé.

18 — 36°8, 76; — 37°5. ?

19 — 37°, 76; — 37°4, 80.

Ensuite température normale jusqu'à sa sortie en bon état, le 15 mai 1902.

Annexes. Placenta discoïde ; poids : 480 grammes. Membranes : manquent entièrement. Cordon : Insertion près d'un bord à deux centimètres ; longueur : 45 centimètres ; volume : normal.

B. — Enfant. Garçon, 3.240 grammes. Crie aussitôt après son extraction qui est suivie de la ligature immédiate du cordon. Sorti en bon état le 33^e jour. Poids : 3.430 grammes.

OBSERVATION LX (1)

Clinique d'accouchement Baudelocque. Année 1895. n^o 1178.
(Résumée.)

(Voir aussi observation LIII.)

Coxalgie droite. — Bassin aplati du côté sain « la moitié gauche du bassin manque en partie. Diamètre promonto sous-pubien : 9 cent, 5 (M: Pinard). » Grossesse à terme, enfant vivant. — Opération de Porro (M. Pinard). — Femme morte le 4^e jour. — Garçon vivant, 2.870 grammes.

A. — R... Multipare (II^e pare). Grossesse. Premier accouchement : Provoqué à 8 mois. application d'un ballon. Enfant mort.

Grossesse actuelle : à terme. Pas d'albumine. Présentation : Tête en bas, dos à gauche. Engagement non effectué. Bassin : coxalgique asymétrique. D. P. s. P. : 9 cent. 5.

(1) Observation reproduite dans le *Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque*, année 1895, p. 90, par M. le docteur G. Lepage, accoucheur des hôpitaux. G. Steinheil, édit. Paris, 1896.

Opération de Porro : Le 16 juillet, M. Pinard fait anesthésier cette femme, constate une viciation extrême du bassin, la main entière ne peut être introduite, la moitié gauche du bassin manque en partie. D. P. s.-P. : 9 cent, 5. Il décide l'opération de Porro, ce bassin n'étant justiciable que de l'opération césarienne.

Le 18 juillet, à 8 heures du matin, la parturiente perd un peu d'eau, sans éprouver aucune douleur, ce n'est qu'à 5 h. 1/2 du soir qu'elle a des contractions. à ce moment, on remarque que le liquide amniotique est coloré en vert. Les bruits du cœur fœtal sont bons. La femme est préparée, rasée et transportée à la salle d'opération : à 9 heures, incision de la paroi abdominale par M. Pinard, il fait basculer l'utérus et M. Varnier pose un fil élastique provisoire. M. Pinard incise l'utérus, rencontre le placenta qu'il est forcé d'inciser, extrait le fœtus qui naît en état de mort apparente et que l'on est forcé d'insuffler. Il crie quelques instants après. M. Pinard fixe solidement le serre-nœud, sectionne l'utérus au-dessous des ovaires après avoir mis une broche, suture la paroi abdominale à l'aide de soie. L'écoulement sanguin, pendant toute la durée de l'opération, a été insignifiant, le pouls de la malade est toujours resté lent et régulier.

19 juillet. La malade a uriné spontanément. douleurs assez violentes. Une piqûre de morphine. La malade ne vomit pas.

20 juillet. Ballonnement du ventre. Lavement. Une garde-robe. Nombreux gaz.

21 juillet. Le ballonnement augmente. Pouls fréquent et irrégulier. Les vomissements deviennent verdâtres sur le matin du 22 juillet.

22 juillet. Pouls incomptable, petit, irrégulier, vomissements. Femme agitée, extrémités froides. Température : 38°5. Morte le 22 juillet.

B. — Enfant. Garçon, 2.870 grammes, vivant. Sorti en bon état, le 13^e jour. Poids : 3.250 grammes.

OBSERVATION LXI

(Clinique d'accouchements Baudelocque, année 1896, n° 121.)

Coxalgie droite. — Debut à 20 ans ; soignée par le séjour au lit de 2 à 7 ans. — Membre inférieur droit : rotation en dedans. — Bassin aplati du côté sain. — Arrêt de développement du côté malade. — Examen sous chloroforme : Faux promontoire ; D. faux P. sous pubien, 10,8 (M. Pinard). — Epines saillantes. — Grossesse à terme. — Opération de Porro (MM. Pinard et Segond). — Femme guérie. Enfant : garçon vivant, 3.650 grammes.

A. — L. G... Primipare, 26 ans, domestique à Lachapelle (Aisne) (1). — Antécédents héréditaires : Père mort fou, mère vivante. Coxalgie à 2 ans, a marché à 9 ans. Malade restée au lit de 2 à 7 ans. Age de la grossesse, 9 mois. Présentation : sommet, tête mobile, droite transverse.

Bassin : P. s. P. 10,3. B. épineux. La parturiente est restée au lit de 2 à 7 ans pour une coxalgie droite. Elle présente en ce moment, la jambe droite fléchie sur la cuisse et rotation en dedans, par compensation, l'épine iliaque antérieure et supérieure correspondante est sur un plan antérieur à celle du côté opposé. Les reins forment une légère cambrure. La colonne vertébrale présente une courbure latérale à convexité gauche dans la région dorsale, et une convexité droite dans la région lombaire. On trouve la cicatrice de trois abcès dans la région fessière. Une est située à droite de la partie inférieure du pli interfessier, les deux autres près du grand trochanter. On remarque une autre cicatrice à la partie externe du pli de l'aîne.

(1) Observation reproduite dans : *Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque, clinique de la Faculté*, année 1896. Par le docteur G. Lepage, accoucheur des hôpitaux. G. Steinheil, éditeur, Paris, 1897,

A 23 centimètres de la rotule, la cuisse mesure 53 centimètres, la cuisse du côté opposé ne mesure que 45 centimètres de tour.

Mesurée de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe, la longueur des membres inférieurs est, pour le côté sain, de 86 centimètres et de 75 centimètres pour le côté malade.

Femme examinée sous le chloroforme le 21 janvier 1896. Du faux-promontoire au bord inférieur de la symphyse, M. Pinard mesure 108 millimètres. Le vrai promontoire est très élevé. La face antérieure du sacrum est inaccessible. Epines très saillantes. La ligne innommée gauche est convexe. Arrêt de développement portant sur le côté droit, mais sans synostose. Le 22 janvier, la femme commence à souffrir. Amenée à la salle du travail à 8 heures du matin. Col dilaté comme 50 centimes. Douleurs fortes et rapprochées. A 9 h. 45, dilatation de 1 franc, les membranes se rompent spontanément. Liquide amniotique normal. Toilette de la femme. Chloroforme. Tampon vaginal. Cathétérisme vésical.

Opération : M. Pinard, aidé de M. Segond, fait l'incision abdominale à 11 h. 50 du matin. Incision d'environ 20 centimètres, allant du pubis à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'utérus qui, primitivement, était incliné à droite et tordu est ramené sur la ligne médiane et extrait de la cavité abdominale. On le renverse par dessus, et M. Segond place un lien élastique provisoire au-dessous de la partie fœtale et bien au-dessous des annexes qui sont maintenus très élevés. Incision rapide de l'utérus. M. Pinard tombe au milieu du placenta, le traverse, il ne s'écoule qu'une quantité de sang peu considérable. L'enfant est extrait immédiatement, c'est un garçon du poids de 3.650 grammes qui crie immédiatement et n'est nullement étonné. Cette extraction a lieu à 12h. 3 ; 13 minutes après le début de l'opération. Le placenta se détache facilement avec une partie des membranes. On place ensuite un lien élastique définitif le plus bas possible, à environ 2 centimètres en

dessous du lien provisoire. Les deux annexes sont prises dans la ligature. A ce moment, l'intestin sort, on le maintient avec de fines éponges. On ferme la partie supérieure de la plaie avec des pinces tire-balle. On fait passer un gros fil d'argent prenant la peau, les muscles, le péritoine et le pédicule immédiatement au-dessous du caoutchouc, puis un second fil d'argent dans les mêmes conditions et on les serre autant que possible. Après quoi, le reste de la plaie est suturé en deux plans. Cautérisation du pédicule au thermocautère. Les deux annexes sont liées séparément avec de grosses soies.

Pansement du pédicule.

Tout est terminé à midi 40.

Suites opératoires apyrétiques.

A la sortie, état de la mère bon. La cicatrice est en parfait état. Cette femme part avec une ceinture.

B. — Enfant né vivant. Poids 3.650. Garçon. Etat de l'enfant bon. Sorti le 21^e jour. Poids 3.650 grammes.

OBSERVATION LXII

(Clinique Baudelocque. 1897, n^o 663.) (Coxalgie double.)
Coxalgie double et sacro-coxalgie droite (Pinard). — Début à 11 ans. — Soignée pendant très longtemps. — Bassin à viciation complexe. — Opération de Porro (M. Varnier) la grossesse étant à terme. — Guérison. — Enfant vivant, garçon, 3.370 grammes.

A. — B... J... 23 ans. Primipare (1). Antécédents héréditaires : Père mort à 47 ans de pneumonie double. Mère bien portante. Un frère et trois sœurs en bonne santé. Antécédents personnels :

(1) *Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque*, année 1897; par le docteur G. Lepage accoucheur de la Pitié, agrégé de la Faculté de médecine. G. Steinheil éditeur. Paris, 1898.

A marché à 1 an. A bien marché jusqu'à 11 ans. A 11 ans chute. Coxalgie double.

Age de la grossesse : 9^e mois. A terme. Squelette : Cicatrices au niveau de la partie supéro-interne du genou et au niveau de la hanche droite. Cicatrices nombreuses. Un point encore suppurant. Présentation : Tête en bas. Position : gauche transversale. Bassin : Le 21 mars, on soumet la femme au chloroforme pour explorer le bassin. M. Pinard constate que la moitié droite n'existe pour ainsi dire pas. Qu'il y a synostose de l'articulation sacro iliaque droite. L'angle sacro-vertébral est déjeté à gauche. On a donc affaire à un bassin asymétrique, à viciations complexes.

Antécédents pathologiques : Jusqu'à 11 ans bronchites répétées. A 11 ans chute d'un premier étage dans l'escalier, la tête en avant. Trois ou quatre jours de repos au lit, les jambes ne faisaient aucun mal, la femme souffrait seulement de la tête. Elle recommença à marcher, et le fit aussi bien qu'avant sa chute. Au bout de trois mois, des maux de tête survinrent, elle s'alita ; le médecin dit : Bronchite aiguë et rhumatisme articulaire. Elle reste onze mois au lit, et attire l'attention du médecin sur ses jambes qui lui font mal. Il répond que ce sont des douleurs, enfin comme elle réclamait sans cesse, il finit par inspecter les membres inférieurs et, après examen, déclare que ce n'est plus son affaire et pose le diagnostic de deux coxalgies et tumeur au niveau du genou gauche.

La malade mobilise difficilement ses membres inférieurs au début de son séjour au lit. peu à peu ils deviennent le siège de douleurs augmentées par les quelques mouvements qu'elle peut encore exécuter, puis ils s'immobilisent tout à fait et s'œdématisent. Le genou gauche est très volumineux et très douloureux. Vers la fin de 1884 (décembre) la tumeur s'accrût spontanément et donna du pus et des petits morceaux d'os. Dès lors il s'établit à ce niveau (partie supéro-interne du genou) une suppuration qui dure trois ans. En avril 1885, on la mène à Trousseau où elle est refusée. On la conduisit alors à Tenon où

elle fut admise dans le service de M. Gillette, remplacé ensuite par M. Berger. On confirma le diagnostic de coxalgie double. 1 ou 2 abcès à droite, tumeur du genou gauche. Rien aux chevilles. Impotence fonctionnelle absolue. M. le docteur Gillette fait des pointes de feu.

M. Berger applique un appareil silicaté, des épaules jusqu'aux pieds et il fut maintenu pendant 6 mois.

La malade passa ensuite dans le service de M. Lucas Championnière qui défit l'appareil et appliqua une gouttière qui resta appliquée six mois.

Au bout de ce temps, l'abcès de la hanche droite s'est beaucoup amélioré, il reste un petit trajet fistuleux. Celui du genou a également diminué. Elle présente une large surface de suppuration.

La femme marche un peu avec des béquilles. Elle part pour Berck, 1880. Le docteur Cazin lui met une gouttière de Bonnet maintenue en place pendant 8 mois, puis elle marche de nouveau avec des béquilles pendant 6 mois. Nouveau séjour au lit pendant un an. Elle est simplement entourée de ouate. on fait le pansement de ses abcès, et de cinq nouveaux qui s'étaient formés au niveau de la hanche droite ; à plusieurs reprises, applications de pointes de feu.

En 1887, retour à Paris, le docteur Fournel, la soigne 17 mois chez ses parents. Nouveaux abcès au niveau des reins. Le docteur Cazin la fait revenir à Berck, 1888. Elle y reste un an au repos. M. Cazin meurt. M. Ménard lui succède, lui fait des pointes de feu et la maintient au lit pendant huit mois. M. Calot, en 1890, voulait supprimer l'appareil silicaté qu'il lui avait d'abord mis et faire une résection. La mère refuse. La femme revient à Paris, on est alors en 1891. Pendant trois ans, elle marche avec des béquilles, les plaies se cicatrisent toutes, sauf une au niveau de la hanche droite. Elle offre un trajet fistuleux donnant de temps à autre issue à du pus.

En 1895, elle marche seule, boiterie qui n'est pas très prononcée.

Le 14 avril 1897. On décide l'opération de Porro (Varnier), à 7 h. 45 on chloroformise la femme : toilette du vagin et de la vulve. Catéthérisme, lavage de la paroi abdominale au biiodure. à l'éther, etc. Incision de la paroi abdominale. Bascule de l'utérus qui est attiré hors de l'orifice abdominal. Incision de l'utérus et extraction du fœtus à 7 h. 57. Ligature profonde. Incision du corps utérin et cautérisation du moignon au thermocautère. Laparotomie. L'utérus est incisé. Ligature au caoutchouc. Ponction de l'utérus, pincées sur la plaie de la paroi. Extraction de l'enfant qui crie aussitôt.

Délivrance : Quelques membranes restent dans l'utérus. Ligature définitive. Section de l'utérus après introduction de la broche, les 2 pédicules et les 2 trompes qui n'étaient pas pincés sont compris secondairement dans la ligature. Au moment de la fermeture de la cavité abdominale, on s'aperçoit que le sang coule abondamment. Cette hémorragie provient du ligament large droit qui a été déchiré par le caoutchouc. Ce ligament large est ligaturé par des soies en chaîné passées à l'aiguille mousse. Fils d'argent transpercent les 2 lèvres de la plaie et le pédicule, ils sortent à l'extérieur. Suture de la plaie abdominale, toilette du moignon. L'utérus est mis dans le sublimé au 5 millième. Poids de l'utérus enlevé : 730 grammes.

Suites de couches : Presque apyrétiques ; une seule fois 39° le 9^e jour.

18 avril. — Lavement de vin et garde-robe.

20 avril. — Commence à allaiter son enfant.

23 avril. — A vomi (9^e jour). Température : 39° jusqu'à 2 heures du matin. Rétention de pus au niveau de l'abcès de la hanche droite.

M. Bouffe de Saint-Blaise introduit une sonde cannelée dans le trajet fistuleux. Il s'écoule deux cuillerées à bouche de pus phlegmoneux. Enlèvement de quelques fils.

28 avril. — Enlèvement des derniers fils. Très bon état.

18 mai. — Pansement. Le pédicule est tombé.

19 mai. — La femme se lève.

Sortie en bon état 28 mai.

B. — Enfant. Garçon, 3.370 grammes. Vivant. Sorti en bon état le 44^e jour. Poids : 4.215 grammes.

OBSERVATION LXIII. (inédite)

Clinique Baudelocque. Année 1890. N^o 971 (Résumé)

(Voir observation XLVII)

Coxalgie droite ayant débuté à 3 ans. Applications infructueuses de forceps faites en ville, déchirure étendue du périnée. Basiotripsie sur enfant-mort (Pinard).

A... M..., multipare (II^e pare). Première grossesse : avortement de 4 mois en 1889, enfant mort et macéré.

Grossesse actuelle à terme. Hauteur de l'utérus 33 centimètres. Douleurs abdominales pendant toute la durée de la grossesse. Tension des parois considérable. Sommet engagé en droite transverse. Auscultation : bruits du cœur fœtal lents et sourds.

Accouchement : Femme apportée de la ville sur un brancard, envoyée par un médecin qui avait fait sans résultat un nombre considérable d'applications de forceps ; lésions multiples de l'orifice utérin et du vagin, déchirure du périnée jusqu'à l'anus exclusivement. Dilatation comme une petite paume de main. Par l'auscultation, on entend encore les battements de cœur du fœtus, mais lents et sourds et qui cessent quelques instants après. Par le toucher, on sent le sommet assez engagé et situé en droite transverse. La température est de 38°5. L'urine n'a pas été examinée, n'ayant pu sonder la femme. M. Pinard est prévenu, la femme est soumise au chloroforme, et il procède d'emblée à une basiotripsie, il ne fait qu'un seul broiement : l'extraction se fait facilement, sans rotation. Aussitôt après,

M. Pinard fait la délivrance artificielle. On fait un lavage prolongé et minutieux de l'utérus et des parties génitales, ensuite M. Pinard fait une périnéorrhaphie (7 catguts). La femme est transportée à l'isolement. Suites de couches : léger mouvement fébrile les 8 premiers jours n'ayant jamais dépassé 38°5. Placenta, poids 680 grammes ; cordon volume normal, 1 mètre 12 centimètres de longueur. Le cordon formait deux circulaires autour du cou du fœtus, il fut coupé au moment de l'opération. La femme sort en bon état le trente-et-unième jour. Le périnée n'est pas repris, cette femme doit revenir dans le service pour qu'on lui fasse une périnéorrhaphie.

B... Enfant, garçon, pèse 5.400 grammes avec le basio-tribe.

OBSERVATION LXIV

Service d'accouchement de la Pitié. Année 1901 n° 127 (1).

A. — A. H..., 27 ans. *Coxalgie droite.*

Antécédents héréditaires : Père mort à 42 ans, bacillaire. Mère bien portante ; sœur sujette aux bronchites et aux pleurésies. Frère toussant aussi beaucoup. Trois frères et cinq sœurs morts en bas âge de méningite, choléra infantile et d'affections indéterminées.

Antécédents personnels : Dans l'enfance, pas d'autres maladies qu'une coxalgie survenue à trois ans, à la suite d'un traumatisme. L'enfant était tombée des bras de son père. Soignée à l'hôpital Trousseau à ce moment, la malade est restée au lit pendant un an, puis elle quitta l'hôpital et se mit à marcher à l'aide de béquilles. Au bout de 15 jours, elle se remit à souffrir et entra aux Enfants Malades où elle séjourna encore un an, elle paraît être restée au lit pendant toute cette période.

1) Observation publiée in *thèse* de Meret, p. 59, Paris, 1901.

Passé ce temps, on l'envoya à Berck où elle est restée trois ans, en partie au lit, en partie marchant. Depuis cette époque on l'a traitée à diverses reprises ; vers 15 ans, on semble avoir fait une tentative de redressement sous le chloroforme, restée infructueuse. Tous les hivers, la malade souffre de cette hanche. Elle était sujette à de fréquentes attaques de nerfs, il y a cinq ans, elle en avait jusqu'à 4 ou 5 par jour, à certains moments ; depuis elles ont disparu, mais la malade est toujours nerveuse et impressionnable à l'excès. Pendant le séjour de la malade dans le service, l'examen des crachats répété à plusieurs reprises, n'a pas décelé la présence de bacilles de Koch.

La malade entre en travail le 26 mars, au matin, elle est mise en surveillance dans la salle. Le 27, à 11 heures, M. Lepage l'examine d'abord sans anesthésie, mais la malade très nerveuse, et de plus souffrant de la cuisse droite en flexion se plaint beaucoup de cet examen. On lui donne du chloroforme, elle s'endort difficilement après une période d'excitation prolongée puis le sommeil enfin obtenu, on pratique de nouveau le toucher.

Le promontoire est très facilement accessible, il surplombe le détroit supérieur. P. s. P. : 8 cent. 6. De plus, le bassin a subi un arrêt de développement très accentué du côté droit (côté-malade). L'aileron du sacrum de ce côté existe à peine et cette portion du bassin est tout à fait impraticable. Le fœtus se présente par le siège en gauche antérieure ; les bruits du cœur sont réguliers et bien frappés. De l'examen de la malade ressort cette conclusion que l'accouchement spontané est impossible par les voies naturelles. On agite rapidement la question d'intervenir. Le temps presse, la malade a des douleurs intenses et rapprochées, pourtant, le col n'est pas encore effacé. On écarte la symphyséotomie, l'ischiopubiotomie (??) comme ne pouvant donner un agrandissement suffisant ; l'opération césarienne est donc décidée ; de plus, en raison du mauvais état général et local de cette femme envoyée de médecine comme atteinte de tuberculose, on décide d'enlever l'utérus. Tout est

préparé en conséquence, et à 4 heures de l'après-midi, le 26, M. Lepage, assisté de M. Rudaux, pratique l'intervention.

La malade reposant horizontalement est endormie au chloroforme encore assez difficilement ; laparotomie médiane de la symphyse à 8 centimètres au-dessus de l'ombilic : le péritoine incisé, on tombe immédiatement sur l'utérus qui n'est incliné ni à droite ni à gauche. Les compresses sont insinuées tout autour de la plaie, entre la paroi et l'utérus. On ouvre avec précaution celui-ci dans sa partie inférieure et sur la ligne médiane par une plaie juste suffisante pour introduire un doigt. On introduit un doigt, et l'incision est alors prolongée rapidement jusqu'au fond de l'utérus. En arrivant sur le fond, le sang jaillit assez abondamment, le placenta s'insère à ce niveau.

L'enfant, du sexe féminin, est rapidement extrait, le cordon sectionné et crie aussitôt. Bien qu'il reste un peu cyanosé pendant quelques instants, on le ranime sans grandes difficultés.

La partie inférieure de l'utérus est alors saisie solidement et l'utérus porté en avant, de manière à assurer l'hémostase et l'écoulement des liquides du ventre. L'utérus se rétracte beaucoup. Des clamps sont rapidement posés à droite et à gauche sur les ligaments larges. L'hémostase ainsi assurée, la malade est mise dans la position de Trendelenburg, une incision circulaire est menée à un centimètre environ des culs-de-sac, on tente de décoller le péritoine antérieur mais cela donne beaucoup de sang, et on opère sans plus tarder l'ablation de l'utérus en suivant l'incision circulaire ci-dessus. Des ligatures à la soie sont placées sur tout ce qui saigne. On résèque une partie du moignon qui est régularisé ; la cavité cervicale est cautérisée au thermocautère, un surjet au catgut adosse les surfaces cruentées ; enfin un autre grand surjet au catgut mené de gauche à droite, ferme le péritoine. On fait la toilette du petit bassin dans lequel on place un drain entouré de gaze. L'abdomen est refermé par un surjet péritonéal au catgut et des crins de florence. Pansement stérile. Injections de un centigramme de morphine.

Le 27, à 9 heures du matin. Température normale ; pouls à 102, régulier, bien frappé ; langue bonne. La malade est un peu agitée et se plaint de douleurs dans le fondement, elle n'a pas uriné depuis hier, on l'a sondé.

Le 28, au matin, on enlève le drain et la mèche de gaze. La malade a des nausées, elle a vomi une fois, elle se plaint de douleurs dans le fondement, qui disparaissent après l'enlèvement du drain. Langue assez bonne. pouls à 108, bien frappé. Le soir, la malade a encore vomi une fois, elle souffre un peu du ventre ; un lavement n'a pas amené d'évacuation, on place une sonde rectale. Un demi-centigramme de morphine le soir. Pouls régulier et bon à 98.

Le 29, on donne le matin un verre d'eau de Sedlitz, état général excellent ; à midi et le soir la malade prend un œuf délayé dans du bouillon. Le purgatif a provoqué des selles abondantes.

Le 30, on panse la malade, la ligne des sutures est en excellent état. l'orifice de la plaie de drainage a un peu suinté (sérosité à peine sanguinolente), on change la gaze qui recouvrait la plaie.

Le 31, l'état général continue à être bon, la malade se plaint seulement de tousser un peu ; il en est ainsi du reste dès avant l'opération.

Le 1^{er} avril. Etat excellent. Le 4 avril, la malade a eu, pendant la nuit, un peu de céphalalgie. Le 5 avril, on constate la cicatrisation de la plus grande partie de la ligne des sutures, plusieurs de celles-ci sont enlevées. Léger suintement à la partie moyenne de la plaie. La place du drain est en bonne voie de cicatrisation. Le 8 avril, on enlève le reste des sutures. l'aspect de la plaie est sensiblement le même que le 5. L'état général est assez bon, cependant la malade tousse un peu. Les bacilles de Koch ont été recherchés dans ses crachats à deux reprises par M. Bize, mais sans résultat. Le 14, la malade commence à se lever. Le 15 avril, cicatrisation complète de la place du drain. Le 20 avril, la guérison progresse d'une façon régu-

lière. état général excellent. la malade se plaint seulement de pesanteurs vagues dans le rectum. Selles régulières favorisées de temps à autre par des lavements ou une cuillerée à café d'huile de ricin. Le 25 avril. la cicatrisation est totale, l'état général de la malade est excellent.

La malade quitte l'hôpital le 15 mai en parfait état. L'enfant était en très bon état quand on l'a envoyé en nourrice le 7 mai.

Le 10 mai, la malade a été examinée au point de vue pulmonaire par M. Florand ; la tuberculose lui a paru certaine.

La malade a été revue en décembre 1901. Elle a considérablement engraisé et se plaint beaucoup de bouffées de chaleur, de sueurs abondantes qui la gênent dans son travail.

B. — Enfant. fille 2.920 grammes, née étonnée, ranimée avec quelques frictions à l'alcool.

Sortie le 43^e jour. Poids 3.220 grammes

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE VI

Pronostic de l'Accouchement chez les coxalgiques

Le pronostic chez les femmes coxalgiques à l'état de gestation doit être envisagé à divers points de vue.

1° Nous nous sommes occupés de la grossesse et des accidents auxquels elle pouvait donner lieu. Mais, somme toute, la grossesse évolue d'une façon normale chez les coxalgiques. C'est même parfois un inconvénient, car elle n'attire pas suffisamment l'attention des malades, qui bénéficieraient au plus haut point d'un examen médical attentif pratiqué longtemps avant le terme de la gestation.

2° Pour ce qui est du pronostic de l'accouchement en général, nous avons vu qu'il était difficile de dire à l'avance que l'accouchement aurait une terminaison facile ou difficile suivant que la coxalgie et l'aplatissement siégeaient du même côté, ou bien qu'ils siégeaient

sur les côtés opposés du bassin. Il semble toutefois, exception faite naturellement des cas où il y a synostose sacro-iliaque concomittante, que la coexistence de la coxalgie et de l'aplatissement pelvien sur le même côté, n'est pas une disposition défavorable ; cet état de choses nous a paru, au contraire, plutôt favorable. Il faudra donc en tenir compte lorsqu'on aura à porter à l'avance un jugement sur la terminaison probable d'un accouchement. D'ailleurs, le toucher digital ou manuel viendront apporter sur ce point des renseignements précieux. Ainsi que nous l'avons vu déjà, il sera parfois utile d'avoir recours au sommeil chloroformique pour procéder à l'examen obstétrical d'une femme coxalgique enceinte.

3° Le début de la coxalgie, à tel ou tel âge, exerce-t-il une influence sur le pronostic de l'accouchement ? On trouve dans la plupart des auteurs qu'il faut tenir compte de l'âge auquel la lésion primitive s'est produite, et que la coxalgie est d'autant plus fâcheuse qu'elle s'est manifestée à un âge plus tendre. — Hubert (de Louvain) s'est un peu élevé contre cette façon de voir : « Lorsque la claudication est postérieure à la puberté, son influence sur l'état du bassin est à peu près nulle, et, lors même qu'elle remonte à l'enfance, si les os pelviens restent sains, le canal peut sans doute se déformer et prendre une configuration insolite, mais l'accouchement naturel reste toujours possible et parfois même n'en est que plus facile. » C'est aussi ce qui ressort de nos observations. L'âge auquel la coxalgie s'est manifestée est un facteur important, mais l'intensité des phénomènes qui se sont passés du côté de l'articulation malade semble régler le

pronostic. Ils peuvent aboutir, en effet, à l'obstruction du bassin. (1)

4° L'attitude des membres inférieurs, fixés par ankylose — dans telle ou telle position — ne semble pas avoir sur la déformation du bassin l'importance qu'on a voulu lui attribuer. Pourtant, il n'est pas sans intérêt de connaître que l'adduction forcée, déjà susceptible de gêner les rapprochements sexuels, peut troubler beaucoup la fin de l'accouchement à la période d'expulsion. Cette attitude toujours fâcheuse dans un accouchement terminé spontanément peut comporter, dans le cas de dystocie et d'intervention obstétricale, une sérieuse gravité. Elle pourrait légitimer des opérations préalables ayant pour but de la faire disparaître (l'ostéoclasie et l'ostéotomie.)

5° L'accouchement chez les coxalgiques, ainsi qu'il ressort de notre statistique, comporte le pronostic suivant basé sur 105 grossesses :

a. Avortements	6 soit 5,71 0/0
b. Accouchements terminés spontanément à terme (67 fois) ou prématurés (14) (2).....	81 soit 77,14 0/0
c. Accouchements dystociques terminés par intervention obstétricale: préma-	

(1) Bassin de Hecker. Ueber ein durch rechtseitige chronische coxitis im hohem grade vereugtes Becken *Archiv. für gynaecologie*, t. XVIII, 1881, pages 44-49. (Coxalgie droite avec productions ostéophytiques.) Traduite dans Tracou, Obs. I.

(2) Un seul de ces accouchements prématurés a été provoqué; obs. XLI (6^e grossesse), 8 mois, fille vivante.

turés (7) (1). Forceps (4). Basiotripsie (1). Version par man. ext. (1).
Opération césarienne conservatrice
(2). Op. de Porro (3)..... 18 soit 17,14 0/0

Notre statistique, basée sur un très grand nombre de cas, tous relatés dans les observations prises à la clinique Baudelocque, s'éloigne considérablement des statistiques restées classiques jusqu'à ce jour. Celle de M. Démelin (2), en particulier, est beaucoup plus défavorable que la nôtre. Elle n'est basée que sur 43 accouchements, qui comprennent :

a. Accouchements terminés spontanément

à terme ou prématurés 17 soit 39,53 0/0

b. Accouchements dystociques..... 26 soit 60,46 0/0

(1) Dont 5 ont été provoqués et se sont terminés comme suit :

Obs. XLI. — (5^e grossesse) 8 mois, version podalique, fille vivante.

Obs. XLIX. — 8 mois 1/2, basiotripsie.

Obs. L. — 7 mois 1/2, forceps, enfant mort né.

Obs. LII. — 7 mois 1/2, forceps, fille (vivante), morte le lendemain.

Obs. LIII. — 8 mois, basiotripsie.

En résumé ; sur 6 accouchements provoqués... 2 enfants vivants.

Consulter en outre : Contribution à l'étude des indications de l'accouchement prématuré artificiel dans le cas d'angustie pelvienne.

M. Bar parle incidemment de « 5 cas dans lesquels il y avait coxalgie ; sur ces 5 cas nous avons eu, dit-il, 3 enfants vivants et 2 enfants mort nés ». *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1889, page 261.

M. le professeur Pinard. Mémoire sur l'accouchement provoqué, contenant un tableau statistique comprenant 100 cas d'accouchements provoqués par lui dans sa pratique hospitalière. In *Annales de gynécologie*, janvier et février 1891.

(2) Démelin. Accouchement dans les bassins coxalgiques. *Gazette des hôpitaux*, 1890, pages 1031 et 1032. La statistique complète comprend :

6° Pronostic envisagé au point de vue des femmes accouchées d'après nos 63 observations :

A. Suites de couches pathologiques.....	15 fois	23,81	0/0
a. Mouvement fébrile ayant duré plusieurs jours (obs. V. LIV et LXIII)	3	—	
b. Femmes ayant atteint 38° une seule fois.....	6	—	
c. Lymphangites des seins ayant déterminé de la fièvre (X-XXV).....	2	—	
d. Fin d'une-grippe contractée avant d'arriver à l'hôpital (XLV).....	1	—	
e. Opération césarienne n'ayant pas dépassé 38°2 (obs. LVIII) et 38°6 (obs. LIX).....	2	—	
f. Opération de Porro : Obs. LXII....	1	—	
B. Femmes mortes : obs. LV (éclampsie arrivée dans le coma). Obs. LX (opération de Porro).....	2 fois	3,17	0/0
C. Suites de couches absolument apyrétiques.....	46 fois	73,01	0/0

Telle est, développée, la statistique en chiffres bruts que nous avons obtenue. Mais, en réalité, envisagée au point de vue purement obstétrical, ou si l'on préfère, au

Accouchements spontanés à terme.....	15 soit	34,88	0/0
— provoqués terminés spontanément.	2	—	4,65 —
Versions	7	—	16,27 —
Extractions du siège.....	4	—	9,3 —
Forceps	7	—	16,27 —
Perforations.....	2	—	4,65 —
Céphalotripsies	2	—	4,65 —
Basiotripsies	2	—	4,65 —
Opération fœticide.....	1	—	2,32 —
Césarienne.....	1	—	2,32 —

point de vue de l'infection puerpérale, elle est beaucoup plus favorable. Car, n'ont eu des suites de couches pathologiques du fait de l'accouchement, que les femmes appartenant aux catégories : (*a*, *e*, *f*), c'est-à-dire : 6 femmes. — Ont eu des couches faiblement pathologiques, les femmes de la catégorie *b*, c'est-à-dire : 6 femmes. — Enfin, ont eu des couches pathologiques de cause extra-puerpérale les femmes appartenant aux catégories (*c* et *d*), c'est-à-dire : 3 femmes. — Ce qui donne le tableau suivant :

<i>a</i> . Femmes ayant eu des suites de couches pathologiques du fait de l'accouchement.....	6 soit 9,52 0/0
<i>b</i> . Femmes ayant eu des suites de couches très faiblement pathologiques du fait de l'accouchement.....	6 soit 9,52 0/0
<i>c</i> . Femmes ayant eu des suites de couches pathologiques de cause extra-puerpérale.....	3 soit 4,76 0/0
<i>d</i> . Femmes mortes (dont une éclamptique) (1)	2 soit 3,17 0/0
<i>e</i> . Femmes ayant eu des suites de couches absolument normales.....	46 soit 73,01 0/0

7° Pronostic envisagé au point de vue des enfants d'après nos 63 observations.

Mis, à part 6 avortements pour lesquels il n'y a pas lieu d'établir de pronostic, il nous reste 100 naissances,

(1) On peut, jusqu'à un certain point, considérer la femme éclamptique, entrée à l'hôpital dans le coma et morte sans avoir repris connaissance, comme n'étant pas morte du fait de l'accouchement. La mortalité serait alors seulement de 4,58 0/0.

qui sont consignées dans nos observations. Elles se répartissent ainsi :

A. Garçons.....	40	soit	40	0/0
— nés vivants.....	35	soit	87,5	0/0
— mort nés.....	5	soit	12,5	0/0
Restaient vivants après le premier				
mois.....	32	soit	80	0/0
B. Filles.....	48	soit	48	0/0
— nées vivantes.....	46	soit	95,83	0/0
— mort nées.....	2	soit	4,16	0/0
Restaient vivantes après le premier				
mois.....	41	soit	85,41	0/0
C. Sexe non indiqué..	12	soit	12	0/0
Nés vivants.....	7	soit	58,33	0/0
Mort nés.....	5	soit	41,66	0/0
Restaient vivants après le premier				
mois.....	6	soit	50	0/9

Au total, le pronostic pour les enfants est le suivant :

Après le 1 ^{er} mois	Immédiat	a. Enfants nés vivants.....	88	soit	88	0/0
		b. Enfants mort nés.....	12	soit	12	0/0
		c. Enfants restant vivants après le 1 ^{er}				
		mois.....	79	soit	79	0/0
		d. Enfants morts dans le 1 ^{er} mois....	9	soit	9	0/0
		e. Mortalité totale au bout de 1 mois.	12 + 9 = 21		0/0	
		Restent vivants.....	79			
		Total.....			100	

Les enfants de femmes coxalgiques naissent, en général, bien conformés et se développent bien. Nous avons trouvé comme poids à la naissance (enfants venus à terme) :

Garçons : 3.270 gr., moyenne obtenue avec 19 garçons.

Filles : 3.195 gr., — — 25 filles.

Une des filles, en particulier, pesait 4.160 grammes à sa naissance (obs. XXXI); elle pesait, à sa sortie de l'hôpital, le onzième jour, 4.220 grammes. Elle contribue, pour une bonne part, à élever la moyenne des poids chez les filles. Pourtant, on trouvera dans nos observations qu'il n'est pas rare que les enfants meurent de méningite ou de convulsions dans les premières années. Faut-il trouver l'explication dans l'hérédité, dans le milieu où ils se développent, dans la manière dont ils sont allaités (sein ou biberon). C'est là une question intéressante, mais qui comporte une étude approfondie que nous ne saurions faire ici.

CONCLUSIONS

I° Le bassin coxalgique est un bassin à viciation complexe et doit être rangé dans la catégorie des bassins asymétriques.

II° Dans la presque totalité des cas, l'accouchement dans le bassin coxalgique a lieu sans dystocie grave. La dystocie ne s'observe guère que : 1° chez les femmes présentant du rachitisme ; 2° chez celles dont l'os iliaque a subi des déformations importantes résultant de la coxalgie elle-même.

Paris, le 10 décembre 1903.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
PINARD.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Dédicaces.....	3
Préface.....	5
Définition et Avant-propos.....	9

Partie anatomique.

CHAPITRE PREMIER. — De la coxalgie au point de vue anatomique.....	13
CHAPITRE II. — Anatomie du bassin coxalgique...	19
§ I. — Chez l'enfant.....	19
§ II. — Chez l'adulte.....	26

Partie clinique.

CHAPITRE III.....	29
§ I. — Des périodes cliniques de la coxalgie....	29
§ II. — Sur les rapports entre l'attitude du mem- bre inférieur fixé par ankylose et l'aplatissement pelvien.....	34
CHAPITRE IV. — De la grossesse chez les femmes coxalgiques.....	39
CHAPITRE V. — De l'accouchement dans le bassin coxalgique.....	48

§ I. — Des présentations.....	49
§ II. — Modes de terminaison de la grossesse..	50
§ III. — Durée moyenne du travail.....	51
§ IV. — Délivrance et accidents.....	52

Observations :

Accouchements spontanés à terme.....	52
Avortement.....	106
Accouchements prématurés terminés spontanément.....	107
Accouchements prématurés terminés par opération obstétricale.....	117
Accouchements dystociques terminés par :	
Application de forceps.....	124
Manœuvre de Mauriceau.....	131
Opération césarienne conservatrice.....	132
Opération de Porro.....	141
Basiotripsie.....	149

Troisième partie.

CHAPITRE IV. — Du pronostic.....	155
§ I. — Pronostic de l'accouchement en général chez les femmes coxalgiques.....	155
§ II. — Pronostic envisagé au point de vue de la terminaison de la grossesse (statistique de la clinique Baudelocque).....	157
§ III. — Pronostic envisagé au point de vue des femmes accouchées (statistique de la clinique Baudelocque).....	159
§ IV. — Pronostic envisagé au point de vue des Enfants (statistique de la clinique Baudelocque).....	160
Conclusions.....	163

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
